



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA  
EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TÍTULO: CONSIDERACIONES SOBRE LA CLÍNICA  
PSIQUIÁTRICA Y LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN TORNO  
A LA NOCIÓN DEL SUJETO**

**AUTORES:**

**Orrala Molina Mauricio Daniel  
Vallejo Tamayo Ronald Paul**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO  
CLÍNICO**

**TUTOR:**

**García Wong Guillermo**

**Guayaquil, Ecuador  
2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Mauricio Daniel Orrala Molina y Ronald Paul Vallejo Tamayo, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Psicología Clínica.

### **TUTOR**

---

**Guillermo García Wong**

### **REVISOR(ES)**

---

---

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

---

**Ps. Cl. José Acosta**

**Guayaquil, a los 10 días del mes de Julio del año 2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Mauricio Daniel Orrala Molina**  
Y  
**Ronald Paul Vallejo Tamayo**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación **CONSIDERACIONES SOBRE LA CLÍNICA PSQUIÁTRICA Y LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN TORNO A LA NOCIÓN DEL SUJETO**, previo a la obtención del Título de **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 10 días del mes de Julio del año 2013**

### **LOS AUTORES**

---

**Mauricio Daniel Orrala Molina**

---

**Ronald Vallejo Tamayo**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotros, Mauricio Daniel Orrala Molina  
Y  
Ronald Paul Vallejo Tamayo

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **CONSIDERACIONES SOBRE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA Y LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN TORNO A LA NOCIÓN DEL SUJETO**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 10 días del mes de Julio del año 2013**

### **LOS AUTORES**

---

**Mauricio Daniel Orrala Molina**

---

**Ronald Vallejo Tamayo**

## **AGRADECIMIENTO**

Por hacer posible la realización de esta tesis quiero agradecer.

Agradezco a Dios, a mi padres principalmente que sin lugar a dudas han sido un sostén para toda mi carrera y a mi familia en general

A mis profesores con sus enseñanzas que instalaron en mi un deseo de saber y han sido pilares sólidos de conocimientos.

A esta carrera que ha despertado en mi un fuerte interés y le brindo todo mi esfuerzo.

A mi tutor de tesis, el profesor Guillermo García Wong que con sus amplios conocimientos fue un apoyo útil para la realización de mi tesis

A mis amigos que me han acompañado en el trayecto de mi carrera, a Karen Erazo y a mis hermanos que me han brindado apoyo moral para superar obstáculos. Gracias por facilitarme las cosas

**Ronald Vallejo Tamayo**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mis padres, Arturo Vallejo Clavijo y a Lilián Tamayo Moreno quienes sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de esta meta profesional

**Ronald Vallejo Tamayo**

# TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

Guillermo García Wong  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CALIFICACIÓN**

---

**Tutor: Guillermo García Wong**

# ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN (ABSTRACT)</b> .....	<b>xii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>I. Objetivos</b> .....	<b>4</b>
<b>II. Marco teórico</b> .....	<b>6</b>
<b>III. Metodología</b> .....	<b>6</b>
<b>Capítulo 1.- Los antecedentes de la “enfermedad mental”</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Conciencia trágica y conciencia crítica de la locura</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 Los privilegios de la conciencia crítica</b> .....	<b>10</b>
<b>1.3 Locura y sinrazón</b> .....	<b>10</b>
<b>1.4 Conciencias de la locura</b> .....	<b>13</b>
<b>1.5 Experiencias de la locura</b> .....	<b>14</b>
1.5.1 La experiencia del encierro .....	15
1.5.2 Experiencia de la locura como enfermedad .....	16
1.5.3 Yuxtaposición de experiencias y conciencias de la locura.....	21
<b>1.6 Enfermedad mental</b> .....	<b>22</b>
<b>1.7 Experiencia moderna de la locura</b> .....	<b>24</b>
<b>Capítulo 2. Del alienismo al psicoanálisis, pasando por la histeria</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1 Institución asilar y nacimiento de la clínica psiquiátrica</b> .....	<b>30</b>
2.1.1 El nacimiento del discurso clínico en el seno de la medicina .....	30
2.1.2 El médico se hace con la dirección del Asilo .....	32
2.1.3 Los años del tratamiento moral .....	34
2.1.4 Alienismo y desarrollo de la clínica psiquiátrica.....	39
<b>2.2 Las promesas de la Parálisis General</b> .....	<b>41</b>
2.2.1 La clínica francesa en Alemania vía W. Griesinger .....	43
2.2.2 Consolidación del organicismo en Francia vía Jean-Pierre Falret.....	44
<b>2.3 La teoría de la degenerescencia</b> .....	<b>44</b>
<b>2.4 Emil Kraepelin</b> .....	<b>45</b>
<b>2.5 Anormalidad</b> .....	<b>48</b>
<b>2.6 Siglo XX</b> .....	<b>50</b>
<b>Capítulo 3. Avatares del psicoanálisis</b> .....	<b>56</b>
<b>3.1 La cuestión de la verdad en el mundo asilar</b> .....	<b>57</b>
<b>3.2 Hacia la verdad</b> .....	<b>57</b>
3.2.1 El uso de drogas.....	59
3.2.2 Magnetismo e hipnosis .....	60
<b>3.3 El problema de las neurosis.</b> .....	<b>63</b>

<b>3.4</b>	<b>Freud y la clínica psicoanalítica .....</b>	<b>66</b>
<b>3.5</b>	<b>Lacan y el sujeto .....</b>	<b>71</b>
3.5.1	El proceso de subjetivación .....	72
3.5.2	Discurso .....	75
3.5.3	La Salud Mental a la luz del psicoanálisis .....	79
	<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>84</b>
	<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>92</b>

## **RESUMEN (ABSTRACT)**

Desde la clínica psicoanalítica tomamos la noción de sujeto para elaborar una reflexión de la práctica de la clínica psiquiátrica bajo los lineamientos de la Salud Mental (OMS), desde donde se elabora la clasificación de los trastornos mentales que organiza, además de una lengua común para todos los profesionales de la Salud Mental, los referentes de la enseñanza y de la práctica más empleados por los clínicos. Nos proponemos analizar algunas razones por cuales la noción de sujeto no encuentra cabida ahí, para lo cual nos retrotraeremos a la historia, al análisis de las condiciones en las que se desarrolló la noción de enfermedad mental en conjunto con el advenimiento de la clínica psiquiátrica, así como, por otro lado, los factores que permitieron una formalización de la clínica de la escucha con Freud y el camino que desde ahí tomó la noción de inconsciente hasta el sujeto de Lacan. Indudablemente, desembocaremos en el análisis de ciertas consideraciones epistemológicas que impiden hablar de una complementariedad entre ambas clínicas.

**Palabras Claves:** (sujeto, psicoanálisis, discurso, locura, sinrazón, clínica, psiquiatría)

## INTRODUCCIÓN

La psiquiatría no aplica los métodos técnicos del psicoanálisis [...] al remitirnos a la herencia, nos proporciona una etiología muy general y remota, en vez de poner de manifiesto primero la causación más particular y próxima. Pero, ¿hay ahí una contradicción, una oposición? [...] ¿Acaso el factor hereditario contradice la importancia de la vivencia? [...] Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica. Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría. El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: esta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella, su constitución a partir de los tejidos y de las células. Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio [...] Como saben, la anatomía es hoy para nosotros la base de una medicina científica, pero hubo un tiempo en que estaba tan prohibido disecar cadáveres humanos para averiguar la constitución interna del cuerpo como lo parece hoy ejercer el psicoanálisis para averiguar la fábrica interna de la vida del alma. Y previsiblemente, en una época no muy lejana comprenderemos que no es posible una psiquiatría profundizada en sentido científico sin un buen conocimiento de los procesos de la vida del alma que van por lo profundo, de los procesos inconscientes. (Freud, 2007)

De esta manera sopesa Freud, en 1916, el lugar del psicoanálisis como disciplina "científica" en relación al ejercicio práctico de los psiquiatras y al de la misma ciencia, la Psiquiatría. Esta proclama a estrechar las manos entre la ciencia de la mirada, de la percepción y de la clasificación del síntoma, con aquella "ciencia" de la escucha y de las formaciones de lo inconsciente, ¿no nos parece acaso la expresión de una sensatez necesaria, una demanda de "progreso" y de síntesis colaborativa entre dos disciplinas que, a pesar de tener sus propios conceptos y métodos, intentan hacerse cargo del sufrimiento humano? ¿Acaso, en el pasado, esta no fue la consigna que inspiró el trabajo de Bleuler, maestro de Jung, delfín frustrado de Freud, en los primeros años del siglo XX? ¿Acaso, en la actualidad, no seguimos encontrando, a pesar de todo, en los manuales internacionales de clasificación, referencias a conceptos psicoanalíticos? ¿O es que, al proponer las cosas de esta manera, estamos confundiendo las cosas? ¿Qué

es lo que realmente intentó perpetuar Bleuler? ¿Cuál es el criterio general que motiva las clasificaciones internacionales de nuestros días? ¿Qué es la Clínica? ¿A qué nos referimos cuando hablamos de clínica *psicoanalítica* en contraposición a lo que hace el psiquiatra? ¿Acaso a una suerte de mirada trascendental que captura la esencia del sufrimiento humano? ¿O es algo más *profundo* que se manifiesta en el estudio particular del caso por caso, tal y como está en los libros de texto que consume el neófito estudiante de psicología "clínica"? ¿Es el suponer una estructura subjetiva a un individuo en base a la enunciación de su permanente entredicho? Y si queremos referirnos a los síndromes psiquiátricos, ¿por qué se dice, a veces simple y llanamente, que eso corresponde a "otra clínica"? ¿Es que hay dos o tres tipos de clínica? ¿Cuatro o más "tipos" de clínicas, un sinnúmero de ellas replicándose a la manera abominable y especular que tanto temía un Borges? En este escenario, entonces, ¿podemos especificar el estatuto de la clínica psicoanalítica más allá de clichés y de frases estereotipadas que, con el tiempo, tal vez, se volverán como aquellas frases aprendidas de memoria que repetían los pájaros parlantes del delirio del Dr. Schreber?

Aquella proclama de Freud, aquella complementariedad entre el saber anátomo-clínico psiquiátrico, su clasificación y sus criterios, en conjunto con el examen de los procesos inconscientes, una clínica elaborada a partir de la simple aproximación entre el saber psiquiátrico y el psicoanalítico, se vuelve una empresa incongruente en cuanto la psiquiatría y el psicoanálisis sostienen raíces epistemológicas y concepciones diferentes sobre el ser humano. Por supuesto que esta obviedad no impide la elaboración de aproximaciones "eclécticas", desde donde, por ejemplo, se elabora una nosología ambiciosa que propone una *koiné* de referencia mundial en el ámbito clínico, lengua común, o *pidgin*, según Eric Laurent (Citado en Bercherie, *Les courants hétérodoxes: de Ferenczi à Lacan*, 2005). El epistemólogo bien puede sostener, tal vez con toda razón, el descalabro en la raíz misma de este proyecto, apreciando las terribles líneas de costura,

totalmente entrecruzadas, cuyas cicatrices desdibujan por completo el plano de la supuesta convivialidad ecléctica. ¿Pero es tan terrible esta situación? ¿Es tan terrible que, en el marco de las disciplinas que se encargan de *los trastornos mentales*, los dispositivos no discurren de manera perfecta? ¿Debemos, desde el lugar del psicoanálisis, mirar por encima del hombro y desestimar este tipo de organización? ¿Por qué? ¿Cuáles son las razones para sostener, caso común, que los criterios y los efectos de la clasificación psiquiátrica sobre la persona son perjudiciales? Si lo que se intenta es desarrollar un dispositivo para paliar o regular aquello que se denuncia en la clasificación psiquiátrica, ¿por qué hacerlo en tono apocalíptico, como si los hospitales psiquiátricos fueran la más viva continuación de Auschwitz? En este trabajo, obviamente, no podremos responder a todas estas preguntas, pero nos resulta necesario el desplegarlas y compartirlas con nuestro lector.

Así, se habla de *desubjetividad* en el método psiquiátrico. El fármaco *anti* (psicótico, alucinógeno, delirante) ha llegado a plantearse como una camisa de fuerza química y mucho más que eso: una suerte de camisa de fuerza espiritual *anti-subjetiva*. ¿Pero qué es precisamente el sujeto para el psicoanálisis, y por qué desde esta posición teórica se escuchan regularmente serias afrentas en contra de la psiquiatría por ser... psiquiatría? En otras palabras: la suposición de una “patología mental” pensada con los mismos términos de una patología orgánica, ¿no era la posibilidad más idónea para los fundadores y continuadores del método psiquiátrico? Ellos pensaron la patología como médicos que eran, elaboraron un método que hasta el día de hoy es fundamento. La psiquiatría, desde sus inicios, se vio confrontada a resolver los problemas de una demanda social. ¿Por qué, entonces, se critica a la psiquiatría por seguir siendo lo que siempre ha sido? ¿No es cierta ingratitud, o mejor dicho, un gran desconocimiento que desemboca en la ingratitud, como un anfibio que, desconocedor absoluto de su pasado, se decide a imprecisar por el resto de sus días la alta mar que sin embargo desconoce? ¿O es que el fundamento que en su día permitió la

gloria del siglo de oro del alienismo, hoy en día, después del descubrimiento del inconsciente de Freud, se ha convertido en obstáculo?

*¿Y por qué se mantiene ese obstáculo?* Quisiéramos que el lector nos acompañe y no cese de repetir esta pregunta hasta la última página del texto.

¿Por culpa del psiquiatra? ¿Es él el malo? ¿La estructura que sirve de base para la elaboración de las políticas de la Salud Mental, entonces, se sostiene por culpa del maligno psiquiatra o, digamos, del maligno burócrata? ¿O es culpa de las multinacionales farmacéuticas? ¿Por qué la impugnación tiene que estar adosada de culpa? ¿La estructura depende de ello, nada más y nada menos? ¿Las estructuras ahora bajan a las calles para ponerse batas blancas? La situación tendría, tal vez, mayor “sentido”, si en vez de culpar a las personas, a las instituciones particulares, las analizásemos en función de discursos, tal y como fueron propuestos por Lacan, esto es, el modo en que la sociedad, la Salud Mental, se organiza en función del discurso del amo.

## ***I. Objetivos***

Queremos sustentar en lo sucesivo, como objetivo principal, la diferencia radical entre ambos discursos, aquel en el que se inserta la clínica psiquiátrica y aquel en el que se inserta la clínica psicoanalítica. No nos creernos capaces de desestimar la labor psiquiátrica, ni de subsumirla a ninguna suerte de *panacea* psicoanalítica ¿Cómo podríamos? Deseamos, por el contrario, explicar a partir de tres ejes conceptuales algunos factores determinantes en cuanto a la ausencia de la noción de sujeto dentro del quehacer psiquiátrico. Estos ejes son: Clínica, Sujeto y Discurso.

Para esto, como primer objetivo complementario, complejizamos el análisis de la noción de clínica, remontándonos, en nuestro primer capítulo, a la edad clásica con Foucault, donde el loco apenas era tomado por la medicina, para entender la serie de movimientos sociales e institucionales que, en las

postrimerías del siglo XVIII, permitieron el nacimiento de una nueva aproximación a la locura: la alienación mental, como objeto de la medicina, en el seno de la institución asilar como lugar terapéutico. Con este *background* podremos aprehender la envergadura de la noción de clínica. En nuestro segundo capítulo, haremos una sucinta y muy breve historia de ciertas instituciones y conceptos que estuvieron a la vanguardia del saber clínico psiquiátrico durante el siglo de oro del alienismo y otros hechos destacados de la psiquiatría del siglo XX. Nos interesa detallar la manera en que se consolidaron los criterios para determinar la enfermedad mental, así como la figura del médico como el profesional idóneo para hacerse cargo del problema.

Con este objetivo desarrollado, nos proponemos aprehender la importancia del *gesto* freudiano y lacaniano en lo tocante a la posibilidad y desarrollo de la noción de sujeto como criterio con el cual fundamentar una teoría y práctica que cobije en sus nociones el “malestar subjetivo”. Partimos de las condiciones que permitieron el advenimiento de la clínica psicoanalítica y el desarrollo del concepto de lo inconsciente, y lo consideramos antecedente directo de la noción desarrollada por Lacan, que es la del sujeto. Y solamente aquí, una vez que, por una parte, hayamos destacado los procesos de configuración del dispositivo donde reina la ausencia de sujeto, esto es, la clínica psiquiátrica; y por otro lado, una vez que hayamos desarrollado la noción de sujeto misma, nos encontraremos en posición de entrar en la teoría de los discursos de Lacan, específicamente, en lo tocante al discurso del amo, el que sostiene la Salud Mental, y su reverso, el discurso psicoanalítico.

No nos proponemos explicar la evolución general de los conceptos en psiquiatría, mucho menos revivir el debate técnico de las nociones involucradas en nuestra exposición. Nuestro trabajo se elabora a partir de las preguntas especificadas en los párrafos precedentes, y es, primordialmente, con todo el riesgo que implica la elección arbitraria de

ciertos caminos en lugar de otros, el intento de aportar un argumento sobre las relaciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría desde el prisma de los ejes conceptuales propuestos.

## **II. Marco teórico**

Nuestro recorrido se realiza desde el marco teórico psicoanalítico, desde la noción de discurso tal y como se la entiende en el psicoanálisis de orientación lacaniana. Se estudian ciertas condiciones históricas determinantes en la constitución del saber psiquiátrico para apreciar cómo desde sus inicios no tuvo cabida ni en la teoría ni en la práctica la noción de sujeto, explicando cómo esta práctica responde al discurso del amo; para así comprender la importancia de la escucha y el valor de elaborar una teoría y una clínica a partir de ella, que permitió el descubrimiento de lo inconsciente y con ello, posteriormente, la teoría del sujeto en Lacan.

## **III. Metodología**

Unas palabras finales sobre la metodología. Partimos de tomar una perspectiva histórica, donde por la envergadura de las situaciones, los temas desarrollados necesariamente se superponen antes que ser expuestos en una cronología lineal. Nos basamos en el análisis arqueológico de Foucault y otros historiadores de la *Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse* (SIHPP), tomando además datos valiosos de la obra de Bercherie, para con ellos recorrer los complejos caminos que llevan a la constitución de la noción de la clínica psiquiátrica, explicando brevemente nociones como enfermedad mental en los albores del siglo XIX, la práctica del asilo, la constitución de la anormalidad, el tratamiento moral, la consolidación de la aprehensión de la locura por parte de la medicina mediante el dispositivo clínico, así como las condiciones en las que surge la clínica psicoanalítica con Freud, de donde hacemos referencia al uso de drogas, al mesmerismo, y a la hipnosis como sus antecedentes por un lado, y al desarrollo de la clínica neurológica por el otro.

En lo tocante al desarrollo de la noción de sujeto y de discurso, nos remitimos por entero al psicoanálisis de orientación lacaniana. Partimos de la noción de inconsciente en Freud, para lo cual recurrimos principalmente a su estudio metapsicológico *Lo inconsciente*, para así abordar la noción de sujeto, remitiéndonos a la obra de Graciela Kait y tomándola como guía de lectura para Lacan por el orden de referencias intertextuales que hace esta autora en el desarrollo del concepto mencionado. En cuanto a la noción de discurso, nos remitimos al seminario 17 en conjunto al comentario del texto encontrado en diccionarios de psicoanálisis lacaniano y la lectura de Eric Laurent y Jacques-Alain Miller al respecto.

## **Capítulo 1.- Los antecedentes de la “enfermedad mental”**

Iniciamos con Foucault para sostener que los alienistas fundadores del siglo XIX no se encontraron en un estado de "inocencia teórica", ni que elaboraron conceptos o procedimientos técnicos *ex nihilo*. Nos remitimos a la *Historia de la locura* para exponer el modo en que ciertas nociones y prácticas se desarrollaron paulatinamente en la edad clásica hasta desembocar en la noción de la locura como enfermedad mental en el siglo XIX, siendo así que la alienación mental, noción que prefigura lo que hoy en día conocemos como trastorno mental, fue más el resultado de la “discriminación histórica entre lo normal y lo patológico” (Castro, 2004) que la aprehensión científica y objetiva de la locura como entidad natural. Dejamos de lado toda la polémica suscitada por esta obra de Foucault, sea la ambigüedad relativa a la existencia de un grado cero de la locura o la disputa referente al *cogito* con Derrida. Tampoco precisamos sutilezas de *fenomenología* o *arqueología* en este texto, ni nos centraremos en la evolución de la nosografía médica sobre la enfermedad mental, sino en lo que subyace a las *experiencias de la locura*. Nos remitiremos además al *Poder psiquiátrico* (1973 – 1974) y *Los Anormales* (1974 – 1975), ambos cursos dictados en el College de France,

donde Foucault elabora la constitución de la práctica psiquiátrica y la elaboración de una noción de anormalidad disfrazada como cosa natural, ya enteramente en el siglo XIX. Nos proponemos comprender los factores alrededor del surgimiento de esta práctica, su justificación, su método, sus impasses, sus cambios, sus pretensiones, entendiéndola en todo momento como una práctica resultado de la demanda social. Intercalaremos la exposición de Foucault con otros autores que pueden aportar al desarrollo propuesto.

Así, en *Historia de la locura en la época clásica* (2006), Foucault traza las relaciones de la locura con la razón, o más bien, con la sinrazón. En esta historia, que no es la de la psiquiatría, Foucault describe ciertas experiencias acaecidas desde finales de la Edad Media que, subrepticamente, configuraron lo que para su momento llegará a ser considerado una manifestación de la naturaleza misma y nada menos: la enfermedad mental.

### **1.1 Conciencia trágica y conciencia crítica de la locura**

Hasta la segunda mitad del siglo XV ciertos temas relativos al fin de la humanidad y de los tiempos, la destrucción y la reducción a la nada, fueron experimentados por los renacentistas como peligros externos, por ejemplo, en lo tocante a la peste y las guerras, capaces de reducir la vida a la nada. Poco a poco estos miedos empezaron a ser interiorizados, esto es, a ser experimentados ya no como amenazas desde lo exterior, sino desde los mismos vicios y defectos de cada persona, desplazándose hacia el interior de una preocupación por la existencia individual misma, por la nada mortífera que, entre otros, se manifestaba perfectamente en el loco y la locura. Estos temas se verán reflejados en la pintura y en la literatura renacentista.

En la plástica del Renacimiento, las imágenes de la locura reflejaban y ejercían un poder de fascinación en cuanto representaban para el

espectador una revelación del secreto de la naturaleza humana, la brutalidad de un mundo interno en desorden. Fascinaban además por cuanto la locura misma era considerada un saber esotérico que tentaba la curiosidad del “hombre sano” que veía con cierto temor al loco, aquel que por atreverse a traspasar los límites de la existencia, se permitía conocer la esencia de esta monstruosa naturaleza humana próxima al deseo y a la perdición, al diablo.

En la misma época, los temas literarios y filosóficos eran de diversa índole. La Edad Media había tratado a la locura como uno de los tantos vicios. El Renacimiento, por su parte, la ubica en el primer lugar en la jerarquía de los mismos. En este reducto literario, la locura atrae, pero no fascina como en el mundo recreado por los pintores. Los sabios relacionaban la locura con el saber, pero no con el saber de los secretos, sino con el saber irrisorio, el que no produce efectos, con las falsas creencias que llevan a la ciencia por el despeñadero de lo patético. La locura, para los sabios escritores renacentistas, traspasaba los límites de la razón, revelando las debilidades humanas, no sus secretos. Así, en la literatura y la filosofía la locura era tema de sátira moral, una herramienta para una conciencia crítica de la humanidad

Estas dos formas de experiencia de la locura en la cultura del Renacimiento guardaban sus relaciones, pero también sus distancias: visión cósmica con los pintores, reflexión moral con los escritores; el elemento trágico con los primeros, el elemento crítico con los segundos. El Bosco, Brueghel, Thierry Bouts, Durero, por un lado. Brant, Erasmo, la tradición humanista, por el otro. En menos de 100 años, sin embargo, la experiencia trágica de la locura se verá supeditada a la conciencia crítica de la misma, será ocultada por el pensamiento racional durante el siglo XVI, pero estará ahí, subyacente, retratada con disfraces involuntarios, hasta ser sospechada por hombres de la calidad de Nietzsche o de Freud, en el aún lejano siglo XIX, cuando en el terreno del alienismo y la naciente psiquiatría se encuentren todas estas

concepciones, complejamente enredadas, en la noción de enfermedad mental.

## **1.2 Los privilegios de la conciencia crítica**

En el siglo XVI se consideraba que la locura tenía relaciones con la razón: toda locura tenía su cuota de razón, toda razón, su cuota de locura. Ante la Sabiduría divina, la razón del mundo no era otra cosa que locura. El espíritu limitado del ser humano era considerado incapaz de revelar la verdad de la esencia de Dios. Pero esta esencia no se la pensaba en términos de una verdad velada al entendimiento humano, sino más bien como una profundidad sin medida. De esta manera, arrancarse de la sabiduría humana para acceder a la Razón divina, era considerado arrancarse hacia una locura infinita. La locura, en este siglo, ya no era considerada como expresión de animalidad (los pintores), sino como una de las formas de la razón. Y ya que la Razón de Dios, en su infinita esencia, era considerada locura ante la sabiduría divina, la verdadera razón humana debía dejarse guiar por esta locura. Rechazarla, se consideraba una “locura loca”. Aceptarla, una “locura sabia”. La experiencia de la locura se despojaba de su conciencia trágica en aras de la inmensidad de Dios.

## **1.3 Locura y sinrazón**

Foucault considera que desde Descartes (1596-1650), la locura empieza a quedar excluida de la *ratio*, por lo que toda vecindad entre la locura y razón se ensancha en una distancia abismal sin puente de conexión. Los peligros de la “locura loca” del renacimiento quedan excluidos de todo aquel que es “dueño” de su pensamiento: el que razona, el que piensa y que por lo tanto existe, no puede estar loco. Ya en las puertas del siglo XVII empieza a desarrollarse toda una ética en contra de la sinrazón, la cual era considerada como todo aquello que quedaba excluido de los movimientos de lo que la ética burguesa suponía como “razón”. Desde aquí, la “locura razonable” del Renacimiento será inconcebible. La experiencia clásica de la locura entra en

esta lógica de la sinrazón, pero lo hace de manera indiferenciada, desde un reducto que no surge de la reflexión médica ni filosófica sobre la locura, y que ni siquiera tiene como objetivo principal hacerse cargo de la locura: la experiencia del *Gran Encierro*, que es el nombre con el que Foucault identifica el gran movimiento institucional que encierra a los pordioseros que deambulaban por las ciudades en aras de hacerse cargo de su situación. Pero no sólo los pordioseros, y entre ellos, en menor número, los pordioseros locos, eran los encerrados. Entre estos prisioneros se contaban también todos aquellos “afectados” de sinrazón. La razón, lo razonable, claro está, era más una producción cultural burguesa que un arquetipo inmutable de la naturaleza. De esta manera, los actos sexuales por fuera de la organización de la familia burguesa, serán considerados actos de sinrazón y criterio de internamiento. La profanación según la nueva concepción de lo sagrado, sinrazón y criterio de internamiento. El libertinaje en su relación con las formas del pensamiento establecido, sinrazón y criterio de internamiento. Lo que le daba sentido a esta organización de la familia, de lo sagrado, de las maneras correctas de pensamiento, dijimos, era la razón. A partir de esta oposición entre razón y sinrazón se organizó lo bueno y lo malo, la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal. La sodomía, la homosexualidad, las enfermedades venéreas por fuera del matrimonio, eran todas formas de sinrazón. El mago, el alquimista, el profanador, se consideraban hombres y mujeres “afectados” de sinrazón. La libertad de pensamiento, esto es, las formas de pensamiento alejadas del cauce de la razón, otra forma de sinrazón. No hay todavía en la edad clásica ningún criterio psiquiátrico ni psicológico que participe de estas formas de organización. El loco, al ser presa de sus pasiones en su delirio, revelaba esta sinrazón. Así, eran internados todos aquellos locos que deambulaban por las ciudades como parte del plan de encierro a los pordioseros. Pero, además, eran internados como estandartes de la sinrazón.

Es curioso que, ya en el siglo XVIII, dentro de las instituciones del *Gran Encierro*, al mismo tiempo que indiferenciada en el resto de formas de la sinrazón, la locura sobresalía como espectáculo para todo aquel ciudadano que no escatimaba en pagar una suma de dinero para entrar a las celdas de los lugares de internamiento y observar tras los barrotes a los locos. En este sentido, Foucault considera a la locura como manifestación del hombre en relación directa con su propia animalidad. Y ya que el loco era para este momento una suerte de bestia, lo que necesitaba era la corrección y el internamiento: el encierro estaba justificado. Y esto demuestra, para Foucault, que en el internamiento clásico la locura no era considerada enfermedad. Se consideraba incluso que esta ferocidad animal lo preservaba de enfermar: qué caso raro encontrar un loco con gripe. Ya no es la animalidad que en la Edad Media revelaba los secretos de la condición humana en los cuadros del Bosco, por ejemplo. Ahora era la animalidad bajo un criterio evolucionista, pero no bajo un criterio darwiniano, sino simplemente como lo más bajo de la condición humana, un cuasi-animal.

En la época clásica, la locura, en su negatividad, se consideraba lo que no era razón. En su positividad, las manifestaciones de esta sinrazón. En el mundo clásico del siglo XVII, la locura fue silenciada por una verdad que no era otra cosa que una ética. Este discurso que en modo alguno era neutro, se venía añejando desde los inicios del *Gran Encierro* hasta el momento en que en el siglo XIX, Pinel, con su “gesto”, asentó las bases para el advenimiento posterior de la psiquiatría y de la psicopatología. Pero antes, durante el transcurso del siglo XVIII, los lugares de internamiento llegaron a ser vivamente repudiados. Se creía que estos lugares podían fermentar enfermedades que serían contagiadas por el aire. En este escenario, la sinrazón aparecía endosada con los estigmas imaginarios de la lepra. Cuando la sociedad culpaba a estos lugares de internamiento como foco a partir del cual se desperdigaban las epidemias, los médicos eran convocados para esclarecer las cosas. Se les pedía que trataran a los

enfermos. Algunas casas de confinamiento se suprimieron para evitar el contagio. Estos lugares repletos de licenciosos, de culpables, de inmorales, empezaron a crear problemas ineludibles. De aquí el origen de los movimientos de reforma de la segunda mitad del siglo XVIII.

Por otra parte, los conceptos sobre las enfermedades de los nervios iban en aumento. Si bien es cierto, locura y sinrazón seguían siendo una sola cosa, lentamente, durante el siglo XVIII empieza a cambiar este concepto de la locura al considerar la nueva noción de “medio”: la influencia del medio que altera las “relaciones naturales del hombre”. Este medio humano se pensaba como contrapartida de la naturaleza, de donde a mayor progreso de las sociedades, mayor complejidad del medio y mayor posibilidad de alienación. La sociedad médica de fines del siglo XVIII creía firmemente que las enfermedades nerviosas se acrecentaban conforme la humanidad avanzaba y se perfeccionaba. Con esto, reapareció, modificada, la conciencia que había experimentado el Renacimiento: el puente inmediato entre la razón y la locura, donde la idea de una sociedad decadente, sin religión y sin límites, era el medio ideal suscitador de alienación.

Fue en el curso del siglo XIX cuando la locura terminó por despegarse de la sinrazón, pero también de la relación con los pordioseros y la miseria. El concepto de alienación se convirtió en una crítica moral de donde la locura era el mal de una civilización, crítica moral que se sostenía en función de una ética burguesa. La sinrazón, por su parte, fue asociada al libertinaje, por ejemplo, en hombres como Sade.

#### **1.4 Conciencias de la locura**

Para Foucault, cuatro formas de conciencia se desarrollan dentro de la cultura europea que constituyen las experiencias de la locura en la época clásica. Cada una de estas formas de conciencia, si bien pudo tener sus privilegios en un momento determinado, implican sin embargo su unidad en

conflicto, siendo solidarias entre ellas de manera subrepticia. Cuando en el Renacimiento “desapareció” la conciencia trágica del insensato, tomaron su lugar estas cuatro formas. Ellas son:

1. *Conciencia crítica de la locura*, donde se reconoce lo que es locura sin definírsela, sino denunciándola, a manera de oposición de los valores de la Razón. Al no tener un punto fijo, irónicamente, se revierte: la locura puede ser razón, denunciada en la lucidez irónica de los locos, desde donde llega hasta el punto de volverse crítica de razón misma.

2. *Conciencia práctica de la locura*: definida según la realidad concreta, en función de las normas de un grupo portador de las normas de la razón a partir del cual se está dentro o se está fuera, siendo así social y normativa. Se traza la línea que separa la locura de la razón, y en esta separación, la locura se ve reducida al silencio, cargada de antiguos dramas, de los terrores a la lepra.

3. *Conciencia enunciativa de la locura*. Conciencia que no está a nivel de los valores ni de los riesgos, sino a nivel del ser, de la existencia: he ahí un loco. Es conciencia de reconocimiento. Reconocer, desde la norma de la cordura, que se está frente a un loco. Ante todo, percepción, no saber. Tras esta sencillez no hay pureza: se define en relación a la conciencia (prejuicio) de no ser locura.

4. *Conciencia analítica de la locura*: que reduce la verdad de la locura a los dictámenes de la mirada que la domina y que permite el saber objetivo, donde el *monólogo de la razón sobre la locura* que es la medicina alienista del siglo XIX es protagónica.

### **1.5 Experiencias de la locura**

Foucault ve desarrolladas dos experiencias de la locura en la época clásica: una, la experiencia de la locura como enfermedad y como tal objeto de

incipiente tratamiento médico; otra, la experiencia de la locura en el internamiento, donde el loco era encerrado y puesto al cuidado del régimen de la corrección. Estas dos experiencias se yuxtaponían de maneras muy complejas durante la época clásica, a punto tal que Foucault descarta la idea de que una revisión de esta historia permita encontrar nociones conceptuales en un orden lineal que permitan justificar la psicopatología del siglo XIX.

### **1.5.1 La experiencia del encierro**

Foucault toma como símbolo del *Gran Encierro* el año de 1656, fecha en que se emite el edicto que funda en París el Hôpital Général. En conjunto con otros establecimientos agrupados bajo una administración única, se los destinaba para albergar a todos los pordioseros que se presentaban por sí mismos o que eran enviados por la autoridad real o judicial. Este hospital tenía una estructura semi-jurídica o administrativa, y de ninguna manera médica. Nació como una institución en pro del orden social monárquico y burgués. La Iglesia participó de este movimiento con sus instituciones y sus bienes, pero supeditada a la gestión burguesa. Como especificamos, entre estos miserables pordioseros que pasaron a ser internados, se encontraba el loco. Una nueva sensibilidad en la época ante la miseria y la asistencia dieron sentido a este confinamiento.

En el mundo de Lutero, la pobreza se consideraba castigo divino, tenía lugar entre los servicios de Dios, y se le pedía paciencia al miserable para soportar este yugo. La caridad por su parte tenía valor como gesto en el cual el caritativo manifestaba la voluntad de Dios. No era la obra de caridad en sí lo que lo “salvaba”, sino más bien la fe manifestada por su intermedio. De aquí que los bienes de la Iglesia sean destinados para obras profanas que atendieran el problema de la miseria y que la labor misma pasara a ser atendida por los estados. En esta nueva sensibilidad política, se consideraba que el miserable atentaba contra el orden social, y su condición, la miseria,

pasará de ser santificada a ser condenada moralmente. En la época del *Gran Encierro*, el catolicismo llegará a resultados análogos: la miseria, santificada en la Edad Media, tomará esta nueva dimensión en el mundo cristiano clásico, donde la miseria terminará por perder este sentido místico. Para Foucault, decir que la locura era sagrada en la Edad Media en tanto que posesión, es falso. Más bien, el loco participaba de esta condición en tanto que miserable y máximo exaltador de este estado. La desacralización de la locura será efecto de la nueva valoración de la miseria ante una nueva sensibilidad de tipo social. Se despojó a la locura de los derechos sagrados de la miseria. Y en conjunto con el resto de vagos y de pordioseros, de ladrones y de prostitutas, apareció como asunto de Estado. Todos los internados, incluyendo a los locos, debían trabajar obligatoriamente. Pero este trabajo no se efectuaba en aras de criterios económicos exclusivamente, sino también para atacar la falta de disciplina, el libertinaje y otras formas de inutilidad social. Los hospitales eran instituciones morales sostenidas por un aparato jurídico y represivo que tomaba prisionero al pordiosero en aras de reformarlo según la ética social. La locura, en este panorama, pasó a ser recluida, según estas consideraciones morales. Con esto, se puede apreciar que el internamiento no tuvo únicamente una función de segregación, sino también una función de organización.

A mediados del siglo XVIII se abrieron casas exclusivas para los locos a lo largo y ancho de Europa. Este movimiento institucional precedió en mucho al movimiento teórico que hizo del loco asunto de enfermedad mental. Los médicos no tenían gran papel en estas nuevas casas.

### **1.5.2 Experiencia de la locura como enfermedad**

En los inicios de la época clásica, la locura tenía su estatuto médico por fuera de la institución del internamiento. En este tipo de experiencia, donde las conciencias de reconocimiento y analíticas tienen el privilegio, la cuestión

se puede perfilar en las siguientes preguntas: en la edad clásica ¿cómo se reconocía al loco? Y ¿cómo se definía a la locura?

Antes de la mirada objetiva que le otorgó la medicina decimonónica, al loco en la Edad Media se le destinaban lugares y camas en los hospitales de las ciudades medievales más importantes, y de igual manera durante el Renacimiento. Claro está que en estos casos, el loco no tenía un estatuto médico tal y como lo pensamos hoy en día, pero sí había cierto desarrollo desde el punto de vista médico. Por ejemplo, siguiendo a Jacquart (2000), sería un error suponer que los médicos medievales asimilaban sin más la locura a la posesión sobrenatural y que se desentendieron del problema general del "insensato". Estos "galenos" tenían sus debates sobre la locura *desde un punto de vista somático*, contando con explicaciones que apelaban al conocimiento que tenían en su momento de las enfermedades generales. Incluso aquellos médicos que consideraban la posesión diabólica como un hecho verídico, no dejaron de tomar en cuenta los procesos físicos que se desencadenaban y que eran competencia de la medicina. Podían recurrir al sistema fisiológico ya trazado por Galeno, donde los humores se consideraban los principales constituyentes del cuerpo humano, además de los miembros (partes sólidas del cuerpo), las complexiones (combinación de las cuatro cualidades primeras que caracterizan el temperamento de los individuos) y los espíritus (natural, vital, animal), considerados "portadores de las fuerzas o virtudes [que] actúan como intermediarios privilegiados entre el alma y el cuerpo" (pág. 54). Algunos de estos médicos buscaban en la filosofía nociones que les permitieran explicar los estados psicológicos. Fueron además conocedores y perpetuadores de las enseñanzas de los grecorromanos, y a partir del siglo XI, conocieron a los autores árabes gracias a las traducciones del árabe al latín.

Para Ceard (2000), lo que un médico renacentista concebía en la noción de locura era la de una enfermedad en la que se manifestaba la pasión espiritual. Este autor señala que, al ser el alma creada y no engendrada, no

podía corromperse ni enfermar. En los fenómenos de la locura, por lo tanto, no podía ser el alma la afectada, sino la disposición que ésta tenía del cuerpo. Se necesitará aún de un Voltaire y de la filosofía de las Luces para modificar esta concepción. Pero mientras tanto, la locura en el terreno de la medicina del siglo XVI era concebida en el terreno unívoco de la enfermedad física, siendo un vicio del cerebro su punto de afección: el calor excesivo en la cocción de los alimentos del cuerpo motivaba que la pituita se corrompiera y que la sangre no purgara de manera adecuada, de donde los excesos de bilis amarilla o negra, en extremo calientes, llegaban al cerebro y sus ventrículos, afectando la facultad animal principal, aquella posibilitadora de la razón.

Nos tomaremos unas cuantas líneas más para mencionar las concepciones renacentistas sobre la manera en la que el demonio utilizaba lo natural del cuerpo y así determinar ciertos estados de locura: el diablo se valía especialmente de la bilis negra para exacerbar enfermedades por discrasia. "El diablo no obra de manera distinta a la de un agente natural; por eso los médicos son competentes en su tratamiento" (Ceard, 2000, pág. 96). La cuestión de lo sobrenatural fue un tema arduamente debatido para finales del siglo XVI. Para aquella época, la imagen del diablo y también la de la naturaleza empezaban a cambiar, pasando de una concepción donde la bilis negra, por sus propiedades, era la única vía por la que el diablo podía acceder al cuerpo, a una concepción donde el maligno podía hacerse con la bilis negra pero únicamente para engañar a los médicos "naturalistas" y hacerlos creer que las enfermedades eran producto de la mala cocción de la bilis negra, cuando en verdad era producto de su capricho demoníaco. Los que sostenían que era el diablo y no la bilis negra el autor de estos males, entre ellos médicos casados con la teología, se valían de los efectos que estaban más allá del alcance de sus explicaciones "naturales". Así, la concepción del diablo cambia: ya no se limita a usar la naturaleza, sino que la rebasa por completo, y esta concepción permitía a los médicos justificar

cierto tipo de enfermedades incurables, así como la inoperancia de sus métodos. Este juicio poco a poco satisfaría menos a los médicos, quienes se empezaron a divorciar de la teología y con ello de las explicaciones sobrenaturales en total, a las cuales luego repudiarán. Los médicos optaban cada vez más por la causa natural y por ser más prudentes en cuanto a sus limitaciones. Todos los médicos del Renacimiento, concluye Céard, admitían la imposibilidad de enfermedades sin materia.

Siguiendo con Foucault, (2006), médicos y sabios de la época clásica interesados en la locura, consideraban que la misma ocupaba su espacio natural en la enfermedad. Por un lado, el loco desataba preguntas atendidas por lo general en el reducto filosófico referentes a la naturaleza de la razón, de lo razonable y lo irrazonable, *conciencia enunciativa* que intentaba responder a la pregunta ¿qué es un loco?; por otro lado, la locura desataba preguntas atendidas sobre todo por los médicos en lo que hay de racional e irracional en la naturaleza, *conciencia analítica* que intentaba responder a la pregunta ¿qué es la locura? Lo irónico es que, en el mismo siglo XVIII, se pudiera responder a lo primero y no a lo segundo. Puesto que la locura se percibía a partir del loco, en sí misma no podía definirse positivamente. El loco en cambio era fácilmente reconocible.

En el siglo XVIII la alteridad del loco ya no se percibía bajo la certeza del pensamiento, de la interioridad de la razón, como en Descartes, sino a partir de una relación exterior, de un criterio general en función del cual el loco quedaba excluido del grupo. Es una nueva forma de conciencia donde la locura aparece por una parte, por relación a los otros que son los representantes de la razón, donde la locura está excluida “del otro lado” de la razón, como ausencia de razón; por otra parte, existe para la razón, en cuanto aparece ante la mirada de una conciencia “sana”, “ideal”, que mantiene a la locura “bajo su mirada” y la percibe como diferencia. Del “otro lado”, aparece bajo el fondo de las “estructuras de lo razonable”, donde apenas puede enunciarse como negatividad pura; “bajo su mirada”, la locura

adquiere su singularidad, sus caracteres propios, pero en función de la diferencia del que no está loco bajo el fondo de las “estructuras de lo racional”. Ya desde la época latina, la locura sin embargo había sido concebida en una dualidad: una concepción moral sobre el fondo de lo razonable; otra concepción objetiva y médica sobre el fondo de la racionalidad. Solo que ahora, ambas estructuras se han enlazado de manera tan densa, que ya no es posible distinguir las: concebida por su oposición a lo razonable, tenemos la negatividad moral del loco; concebida por lo que ofrece a sí misma a lo racional, tenemos la positividad de lo que se puede conocer en el loco. En este escenario, la locura es la Sinrazón, la racionalidad sobre el fondo de lo no razonable. Esta paradoja de la evidencia del loco sobre la ausencia de locura, justamente, no se apoya sobre ningún dominio teórico.

¿Qué es la locura, entonces? Respuesta que, como dijimos, es atendida desde el reducto médico, y por lo tanto, desde una analítica de la enfermedad. Desde Sauvages hasta Pinel (Nosografía 1798), el criterio de clasificación domina la teoría médica y la práctica. No era el criterio de la localización en el cuerpo, ni un criterio cronológico, ni en base a causas y efectos. Las enfermedades, que se consideraban esencias, se definían en función de sus analogías, del parentesco que tenían unas con otras. Se necesitará de la anatomía patológica para ingresar criterios anatómicos, fisiológicos, evolutivos, que permitan "desbaratar" estas analogías. Lo que parece imperar es un modelo botánico, donde el principio de analogía es lo que determina la producción de estas esencias. (Cf. Foucault, El nacimiento de la clínica, 2006). El pensamiento médico clásico se volcó a la observación de los fenómenos positivos por los cuales la enfermedad se manifestaba: la enumeración de los síntomas, la clasificación de su género y de su especie. Quedaba el problema de lo "invisible" de la enfermedad, de aquello no detectado por los sentidos. Pero se consideraba que lo que definía a la enfermedad se lo encontraba en sus fenómenos observables, aparentes. Se

rechazaba la "vía filosófica", la de las causas y de los principios. Se adherían a la "vía histórica", en su sentido etimológico: ver de cerca y en detalle los hechos de las enfermedades, retratándolas a la manera de un pintor exhaustivo, tal como un Velázquez. La locura sin embargo, considerada enfermedad, se quedaba relegada en esta nueva manera de definir lo patológico en los fenómenos observables. La medicina clasificatoria del siglo XVIII consideraba que el síntoma revelaba un orden divino del cuerpo. La locura intentaba ser insertada en este espacio de clasificación, sin aparente dificultad, por los médicos clásicos. Pero el problema de base radicaba en que la conciencia perceptiva del loco se realizaba en su negatividad, ¿cómo abogar por el conocimiento de la locura en un modelo de enfermedad que se esbozaba en su positividad? El nexo entre la locura y sus formas visibles no era un vínculo que revela la verdad de la locura. La clasificación siempre se "desviaba" de este positivismo.

### **1.5.3 Yuxtaposición de experiencias y conciencias de la locura**

En la experiencia clásica del encierro de la locura apreciamos la conciencia crítica y la conciencia práctica, la dialéctica razón – sinrazón y la separación ritual. En la experiencia clásica de la locura como enfermedad, encontramos la conciencia enunciativa y analítica, el reconocimiento y el saber de la locura. Por una parte, la locura era enunciada y excluida por una serie de prácticas y juicios donde el internamiento era la clave. Por otro lado, la locura se manifestaba en sus fenómenos, trataba de decir su verdad, pero lo que se reconocía en ella desembocaba en un discurso objetivado, donde el lenguaje propio de la locura, su manifestación propia, se desestimaba. Esta separación de experiencias de la locura durante la época clásica era lo habitual. Por ejemplo, en el internamiento, no había experiencia médica, y será en 1785 cuando, en la institución que le siguió, la del asilo decimonónico, se recomienda el juicio médico como paso previo al ingreso.

Conciencia crítica y práctica por un lado, en el internamiento. Conciencia de reconocimiento y conocimiento por el otro, en el lugar donde se forjaba el saber de la locura como un capítulo más dentro de los muchos otros conocimientos médicos. En el internamiento la locura era reducida al silencio. En el discurso del conocimiento médico, la locura era objetivada. Y entre ambas experiencias, la locura no se había manifestado en su lenguaje propio.

Ahora bien, la conciencia práctica, la de la experiencia del internamiento, estaba sin embargo ligada a concepciones políticas, jurídicas, económicas y sociales. La conciencia médica, la de la experiencia de la locura como enfermedad, a pesar de considerar a la locura como incurable, se daba a la tarea de suprimir sus síntomas o de excluirlas, esto es, se inmiscuía en la práctica. La separación entre experiencia del internamiento y experiencia de la enfermedad no se hacía en función de “práctica y teoría”. Había una experiencia única entre todas estas formas de conciencia y dominios de la locura, el internamiento y el conocimiento: la experiencia de la sinrazón.

## **1.6 Enfermedad mental**

Lo interesante es que en el derecho canónico y romano de la época clásica se reconocía el “diagnóstico” de la locura como una operación del médico en los juicios de alienación. El médico era interpelado por el juez al ser considerado el personaje idóneo para determinar el estado de las pasiones, del cuerpo y de las facultades de un individuo. Sólo el médico podía determinar quién era insensato y quién no, quien era criminal por voluntad y quién era irresponsable del acto criminal. En la práctica clásica del internamiento, por otro lado, era el juez, sin consultar la parte médica, el que tomaba la decisión de internar al loco en los hospitales, en el manicomio o dejarlo al cuidado de la familia. En Francia, desde 1667, era un intendente de policía, con el aval del ministro, quien determinaba el encierro. Desde 1692 se agregó la famosa *lettre de cachet*, consistente en una petición

efectuado al rey por familiares u otros interesados para encerrar a la persona que atentaba contra el orden público. Nuevamente, en el caso de los locos, el Rey raramente consideraba la opinión del médico. En este procedimiento, el encierro era inmediato, y el proceso legal donde intervenían los testimonios de familiares y allegados del loco, era secundario. No fue sino hasta 1784 cuando se limitó este recurso, cayendo pronto en el desuso, exigiéndose que el proceso se efectúe antes del encierro. La autoridad judicial seguía siendo lo imperante en este internamiento.

Así, tenemos por una parte una elaborada teoría jurídica de la locura, apoyada por la medicina, y por otra parte, una práctica masiva de encierro, apoyada en la estructura jurídica. La primera se derivaba de la experiencia de la persona como sujeto de derecho, donde el análisis de la alienación se afinaba y parecía prefigurar las teorías médicas. La otra, de la experiencia del individuo como ser social, más específicamente, en función de la norma social. Para el siglo XIX, la medicina tomará de la conjunción de estas dos experiencias el estatuto del “hombre normal”, donde la alienación del *sujeto de derecho* coincidirá con la locura del *hombre social*. La psicopatología del siglo XIX, que se consideraba capaz de aprehender a un hombre normal dado anteriormente a toda experiencia de la enfermedad, no comprendía, más bien, no podía comprender, que, por una parte, estaba tomando elementos del derecho así como de la percepción social. Por primera vez, el alienado fue considerado *incapaz y loco*. El concepto de alienación psicológica, que se creía forjado en el terreno de la psicopatología, no era sino el resultado de la confusión antropológica de estas dos experiencias de la locura: por un lado, el sujeto jurídicamente incapaz. Por el otro, el perturbador social ante la sensibilidad pública. Esta es la “enfermedad mental” que la medicina decimonónica tomará como su objeto. Cuando Pinel vea en el loco a un ser humano diferente del “hombre normal”, lo hará sin tener en cuenta que esta idea de normalidad era una creación resultado de la yuxtaposición de la experiencia jurídica, diferenciada, y la experiencia

social, normativa. La “enfermedad mental” que la psicopatología decimonónica “descubre”, no podía tener en cuenta el modo en que la cultura había participado en su conformación.

### **1.7 Experiencia moderna de la locura**

A finales del siglo XVIII, el internamiento quedó confinado más que para unos cuantos justiciables y para los locos. Además, se empezó a considerar que los locos envilecían estos sitios, y los demás internos reclamaban como soberana injusticia el estar entre estos locos. Desde este momento en que la locura empezaba a quedar aislada y diferenciada, la conexión entre locura y sinrazón se empezó a ensanchar y a suscitar preguntas inéditas al legislador quién ya no sabía dónde ubicar al loco. La sociedad en general exigió que se los protegiera del insensato, ante lo cual se emitieron sendas disposiciones legales. Con la Declaración de los Derechos del Hombre (1789), el internamiento vio el final de sus días. En el trascurso de su gradual desaparición, el médico tomó el cuidado de los residuos de la institución del *Gran Encierro*. Fue el momento en el que las dos experiencias de la locura, la del encierro y la del estatuto de enfermo, se acercaron. El espacio del internamiento, reducido y limitado, se confundía con el espacio médico. Para el momento en que estalló la Revolución, los unos abogaban por un espacio de confinamiento cuasi-utópico para los locos y los criminales; los otros abogaban por el estatuto hospitalario de la locura. A la filantropía y el humanismo debe sobreponerse la urgencia de protección social que impulsó estos cambios.

A partir de la *instrucción* de 1785 de Doublet y Colomber, se intentó conciliar la exclusión, el internamiento, con el cuidado médico, el estatuto del loco como enfermo. Lo que se hizo fue promover la unión de los hábitos del hospital y del internamiento en una misma forma institucional, una mezcla de *Hotel-Dieu* y de *Bicêtre*, dándose además el acercamiento de las técnicas médicas y farmacéuticas al internamiento. Muchos quieren ver aquí el paso

fundamental hacia la institución del asilo moderno (Cf. Morel & Quérel, Balance de las terapias a fines del siglo XVIII, 2000). Pero Foucault considera que las medidas tomadas entre 1780 y 1793 prepararon el terreno para Tenon y Cabanis, quienes impulsaron la concepción del asilo *como principal instrumento terapéutico*, adornando el gesto de exclusión de un sentido médico de *curación*. Las funciones de exclusión y corrección del internamiento en la época clásica se concibieron adosadas a una nueva función de curación en el asilo moderno. Nuevamente, el valor terapéutico que se requería en este espacio se produjo en el terreno de una crítica política de la represión, crítica económica de la asistencia y la liberación de las figuras de la sinrazón.

Ya no era en función de la razón ni del orden como eran internados los alienados e insensatos. Estamos ante una nueva coherencia donde la Razón y la Libertad gozan de los mismos límites. Si se pierde la una, se debe perder la otra al considerar la libertad de los otros. El loco que ha perdido sus facultades racionales debe ser ingresado en la nueva institución asilar. Desde Cabanis, la Libertad fue considerada inherente a la naturaleza humana. Hubo todo un desarrollo de las formas judiciales que asimilaron la moral burguesa a las normas de salud, de razón y de libertad. Y no es que el loco estaba “alienado” de estas costumbres *como que las costumbres mismas alienaron al loco*, listo para ser objeto de la mirada y del saber médico. Nació una psicología que se estableció según las formas de la moral ideal de la conciencia pública burguesa. En la experiencia del asilo, donde el médico era la autoridad, se encargó de la locura no tanto porque la conocía, sino porque la dominaba.

## **Capítulo 2. Del alienismo al psicoanálisis, pasando por la histeria**

Philippe Pinel (1754 – 1826) fue nombrado médico en Bicêtre en 1793 gracias a su amistad mantenida con gente del régimen del Terror. Este es el lugar donde se forjó el mito de la liberación de los alienados de sus cadenas, retratado por Charles-Louis Mullet en lo tocante a Bicêtre y Tony Robert-Fleury en la Salpêtrière. Mito inventado por su alumno más destacado, Jean-Étienne Esquirol (1772 – 1840) durante la Restauración, para esconder el hecho de la conexión del gran alienista francés con el Terror (Roudinesco, 2008). Según el mito, durante aquellos turbulentos años, Pinel recibió en Bicêtre la visita del gran amigo de Robespierre, George Auguste Couthon, quien buscaba sospechosos delincuentes escondidos entre los internos. Ante la vista de los alienados, Couthon no pudo sentir otra cosa que miedo, pidiéndole explicaciones a Pinel del porqué deseaba liberar a semejantes "animales" de sus cadenas. El filántropo, el médico, respondió que, para la efectividad de su tratamiento, era indispensable el aire fresco y la libertad, con lo cual recibió la cálida aprobación de Couthon, dedicándose el resto de sus días a la liberación de los alienados de las cadenas y del infortunio, dando nacimiento a la psiquiatría moderna (René Semelaigne, *Les pionniers* (s.f.) citado en Roudinesco, 2008, pág. 70-1).

Semejante hecho nunca tuvo lugar. Y la desmitificación no merma el destacado papel de Pinel en el desarrollo de la psiquiatría. Pero si ha ocultado otros hechos de igual importancia en este advenimiento. Por ejemplo, que él no fue el único promotor del estudio del insensato por la medicina: V. Chiarugi (1759 – 1820) en Florencia; J. Daquin (1732 – 1815) en Chambéry; W. Tuke (1732 – 1822) en Londres; Abraham Joly (1748 – 1812) en Ginebra; J. Ch. Reil (1759 – 1813) en Alemania (el primero en acuñar el término "psiquiatería"), entre los más destacados, se dedicaron al problema de la locura al mismo tiempo o incluso antes que Pinel. Si este

mito fue tan grande, se debió al papel central del cual gozaba París en la época, tanto en lo cultural como en lo político. (Postel, Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo, 2000).

Con esto, ha llegado el momento de desarrollar la noción de Clínica. Sin más aspavientos, tomemos, para empezar, la primera definición del término según el Diccionario de la Real Academia Española: “Ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación directa del paciente y con su tratamiento” (Real Academia Española, 2012). Apreciamos en primer lugar que la noción de clínica, como ejercicio práctico, no se circunscribe al ejercicio de la psiquiatría, *sino al de la medicina en general*. La tercera de las acepciones del término en el mismo diccionario dice: “Establecimiento sanitario, generalmente privado, donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.” En esta definición, encontramos una referencia al establecimiento, a la institución *sanitaria*, institución de *Salud*, donde lo que se atiende son las *enfermedades* de los pacientes. Veamos la cuarta definición: “Departamento de los hospitales destinado a la enseñanza universitaria de la clínica”. Acá nos encontramos con la función de transmisión de conocimientos, enseñanza de aquello que se concibe en la primera definición del término. Encontramos, en todas estas definiciones, referencias a un método de *observación directa* sobre el paciente, referencias al diagnóstico, referencias al tratamiento de una enfermedad, referencias a la transmisión y a la producción de conocimientos, en fin, referencias a la medicina. ¿En qué condiciones, entonces, existe una clínica *psicoanalítica*? Dejemos por el momento esta pregunta en suspenso.

Tomemos ahora la opinión de un autor destacado como Pasternac (Braunstein, Pasternac, Benedito, & Saal, 1982). Este autor señala que, en medicina, la palabra “clínico”, etimológicamente hablando, hace referencia al cuidado prodigado por el médico junto al lecho (*clinicos*) del paciente, señalando el carácter singular, el cuidado del “enfermo concreto”, por

oposición a la “enfermedad” como “patología abstracta”. Este autor hace énfasis en la observación individual que se hace a cada enfermo, así como en la posibilidad de generar conocimiento que permite luego hacer generalizaciones que a su vez se aplican como conocimiento en nuevos casos singulares, de donde la clínica se caracteriza entonces “por el estudio de un caso” (pág. 147) siendo ésta condición de la clínica médica la que se conserva en psicología clínica. La “clínica” como método en este sentido es asimilada a “estudio en profundidad de un caso singular”.

Esta noción parece grata en el terreno del psicoanálisis, especialmente en lo que se conoce como “exposición de un caso clínico”. Pero, nuevamente, por el momento, dejemos este camino en suspenso. Retengamos de lo precedente lo que se refiere al método de la clínica como observación directa del paciente, como ejercicio práctico gestado en el terreno de la medicina general, como institución de transmisión de conocimientos, y entremos de lleno al tema tomando como guía a Bercherie (2005), para estudiar las condiciones en que surge la clínica psiquiátrica, el "alienismo" del siglo XIX, gracias a tres movimientos históricos fundamentales, a partir de los cuales podremos generar tres preguntas de desarrollo:

1. Un primer movimiento social e histórico: con la renovación social y filantrópica de la filosofía de las luces y la revolución francesa que había vuelto como prioritario para la sociedad la construcción de una institución específica para los “alienados”, se decide delegar al médico para la administración del problema, con el ideal progresista y humanitario de reducir la locura, de curarla. ¿Pero por qué el médico?
2. Un movimiento puramente institucional: durante la edad clásica se constituyeron ciertas técnicas disciplinarias que luego fueron retomadas como tecnología de base para las instituciones que se erigieron luego de la disolución de los establecimientos del *Gran Encierro*. Estas técnicas, que también sirvieron de base para la escuela y la prisión, consistían en el

tratamiento reglamentado de los espacios asignados, así como en el control efectivo de una comunidad contable y cerrada. Bajo estas condiciones de control y regulación se realizó la práctica del asilo y la acumulación del saber clínico. El asilo era, para el alienista, un medio principal de curación. Pero este tratamiento (tratamiento moral) convivía aquí con otros procedimientos como la terapia de shock o la farmacopea. ¿Cuáles eran las condiciones de este tratamiento?

3. Un movimiento epistémico: cuando el nuevo orden social confió a la medicina la jurisdicción del problema, el médico alienista se apoyó en la medicina científica y su aparato conceptual, metodológico y técnico: la noción de lo normal y lo patológico, los criterios de enfermedad, curación, tratamiento, crisis, la oposición enfermedad aguda-crónica, etc.; ¿De qué manera, durante el siglo XIX, edad de oro del alienismo, se produjeron los conceptos esenciales que estructuraron el saber psiquiátrico y cómo la investigación clínica participó en su advenimiento?

El alienismo, antecedente de la psiquiatría, estuvo muy ligado en su desarrollo al nacimiento de la institución clínica, que, por los mismos años, con otros autores, se concretaba con el saber anátomo-clínico y con la *reestructuración* de un método: la mirada médica. No es que el médico recién haya descubierto por primera vez, en el paso del siglo XVIII al XIX, la importancia de la observación, sino que le dio un estatuto epistemológico a la relación entre el decir y el ver. Tampoco se crea que a partir de este procedimiento creó conocimiento *ex nihilo*. Más bien, las viejas teorías subsistieron, en proceso de reorganización, mientras se pasaba de la medicina clasificadora a la medicina de las fiebres, pasando por la medicina epidémica, la medicina de los síntomas y la medicina anátomo-patológica (Castro, 2004).

## **2.1 Institución asilar y nacimiento de la clínica psiquiátrica**

### **2.1.1 El nacimiento del discurso clínico en el seno de la medicina**

Tomamos la lectura de Castro (2004) del texto foucaltiano “El nacimiento de la clínica” (2006). La medicina clasificadora del siglo XVIII consideraba a las enfermedades como esencias, las clasificaba en función de criterios que no tenían en cuenta al individuo, llegándose incluso considerar que las características del individuo enfermo perturbaban el desarrollo natural de la enfermedad. El enfermo era una suerte de estorbo para este tipo de médico, quien lo que perseguía era la observación de la verdad esencial de la enfermedad: su inicio, desarrollo y desenlace, tomando la enfermedad como caso individual. Paradójicamente, para nosotros, claro está, la observación de este médico ya estaba *siendo observada* desde una noción previa de saber. Además del cuerpo del enfermo, en la medicina clasificadora se consideraba al hospital y la civilización como lugares “artificiales” que también podían perturbar el desarrollo natural de la enfermedad. Sin embargo, se necesitaba un sistema institucional para atender a los enfermos, de donde tomó la posta la medicina de las epidemias que entendía la enfermedad como un fenómeno global, ya no en su individualidad. En 1776 se creó la *Société Royale de Médecine*, para regular el saber así como la transmisión del mismo en la Facultad. Luego de la Revolución, se generaron dos mitos: el mito de una profesión médica nacionalizada, de organización similar a la del clero, de donde se consideraba al médico como el poseedor del saber sobre la salud y sobre el cuerpo, siendo el único que podía estimar los criterios de lo normal y lo patológico; además, el mito de la desaparición de la enfermedad en una sociedad libre de pasiones, con el ideal de restitución a una salud originaria. Al juntarse medicina y estado, tecnología médica e ideología política, se generaron una serie de cambios en el seno las instituciones médicas, uno de cuyos ejemplos ya hemos visto en el capítulo anterior: la reestructuración de la institución de internamiento. Pero también se efectuó la reestructuración

del ejercicio y enseñanza de la medicina, donde la enseñanza en el hospital era preferible a la enseñanza en la Facultad, por cuanto se pretendía aprehender mejor la enfermedad con la mirada que con las palabras. Apareció así una "proto-clínica" de fines del siglo XVIII, que permitió organizar el saber en contraposición a la práctica de charlatanes y la práctica espontánea de otros profesionales. Vemos que no se trataba tanto de descubrir nuevas verdades como de organizar las verdades ya conocidas, legitimándolas, enseñándolas y poniéndolas a prueba. La enfermedad, que se dejaba adivinar en los síntomas, pasó paulatinamente a ser considerada como retratada totalmente en ellos. En este punto, tomaron de Condillac (1714 – 1780) la noción de la relación entre el acto perceptivo y su enunciación por medio del lenguaje.

Como lo resume Bercherie (1985), el análisis de Condillac se sostenía en la premisa de que "la ciencia no es más que una lengua bien hecha", proceso en el que quedaba por fuera la subjetividad, los "ídolos", denunciados ya por Bacon. Pinel tuvo un gran papel en la propagación de este modelo epistemológico, considerando que la observación estaba sobre la teoría. Tenía fe en la observación, en la capacidad analítica del científico, del investigador, para "dejar a un lado" su propia subjetividad para no contaminar lo observado y nombrar con palabras "precisas", de manera muy aproximada y por lo tanto válida, lo real. Lo real como tal era considerado incognoscible, por lo que no importaban los sistemas explicativos siempre que se encontrara un conocimiento práctico. Esto hacía, por ejemplo, que Pinel confiara en el celador Pussin. Este método de observación y análisis sistemático de aquello que se percibía en la enfermedad, asegura Bercherie, dejó sentadas las bases para la clínica, para Bichat (1771 – 1802) y posteriores propulsores de la anatomía patológica.

Pigeaud (2000), por su parte, sostiene que Pinel tenía una gran formación clásica, no sólo en lo tocante a la medicina de la antigüedad, sino también en cuanto a su filosofía. Considera que la más importante influencia al

momento de definir el objeto de la psiquiatría moderna fue la filosofía de las pasiones de Cicerón. Sin embargo, Pinel no era estoico en cuanto al tratamiento de las mismas pasiones, pues no se proponía una supresión de ellas, sino su equilibrio "aristotélico". Hipócrates fue su modelo, pero un Hipócrates a la luz del espíritu analítico de Locke y de Condillac: *observar hechos, reunirlos, explicarlos para extraer principios generales*. “El Hipócrates de Pinel ha leído, por decirlo así, el *Essai sur l’origine des connaissances humaines*, de Condillac” (pág. 139).

Volviendo con Castro (2004), este autor señala que, para Foucault, este modelo epistemológico no duró por mucho tiempo. Se pasó de observar la enfermedad en sus síntomas a palparla en su profundidad. La metáfora de la mirada empezó a compartir con la metáfora del tacto: con la medicina anátomo-patológica, se trataba entonces de tejidos y de lesiones antes que de órganos y de síntomas. La vida, la enfermedad y la muerte, fueron pensadas en términos científicos. La enfermedad se pensaba en términos de equilibrio entre la vida y la muerte. Luego, con la medicina de las fiebres, se pasó de la anatomía a la fisiología para estudiar, explicar y curar los procesos fisiopatológicos de los órganos sufrientes. Este médico, dentro del discurso clínico observaba, palpaba, descifraba signos, realizaba técnicas de laboratorio, y todo en el seno de una institución, el hospital, que conllevaba la asistencia y la terapia, para lo cual hacía uso de varias técnicas y códigos de percepción de la enfermedad en el cuerpo. El discurso clínico es así el resultado de la observación empírica, de reglamentaciones institucionales, de procedimientos terapéuticos, de ensayos y errores, cuyo estatuto, no equiparable al de una ciencia, participa sin embargo de ella: fisiología, biología, química, microbiología.

### **2.1.2 El médico se hace con la dirección del Asilo**

Como vimos, es en el vuelco entre el siglo XVIII y el XIX cuando toma forma la idea de que los locos necesitan una dirección, y que además esa dirección

debe efectuarla el médico. ¿Por qué un médico? ¿Por qué no bastaba un buen administrador para hacerse cargo de un problema social? Pinel, por ejemplo, se planteaba este mismo tema reflexionando de la siguiente manera: *yo estoy aquí (Bicêtre) para curar, pero el celador Pussin, que tantos años ha estado en este establecimiento, no sólo que sabe tanto como yo, sino que yo mismo he aprendido de él.* Se supone, entonces, en el debate, que el médico debe estar en la dirección porque él es el que sabe. Lo paradójico era que, en la práctica, el saber médico no era lo relevante. El médico se hizo con la dirección del "protoasilo" "por las marcas que designan en él la existencia de un saber" (Foucault, 2007, pág. 216), sin que se haya puesto en primer término el contenido efectivo de ese saber. Entre estos elementos que permitieron al médico hacerse de estas marcas, tenemos la clínica. Ya desde 1817, Esquirol comenzaba las primeras prácticas en la Salpêtrière. En Bicêtre, hay enseñanza clínica de manera regular desde 1830. Desde ese año los jefes médicos utilizaron la presentación clínica de enfermos. Gracias al dispositivo de la clínica, "el médico se erige en maestro de verdad" (Foucault, 2007, pág. 221). El psiquiatra, a diferencia del cirujano, cuyo desarrollo se debió en gran medida a la anatomía patológica, que identifica en el cuerpo del enfermo la realidad de la enfermedad, actuaba a través de las marcas del saber, no así por el contenido mismo del saber.

Como lo mencionamos, la institución del Asilo tenía un objetivo curativo: ser el soporte institucional del tratamiento moral. Gourevitch (La legislación sobre los alienados en Francia desde la Revolución hasta la Monarquía de Julio, 2000) afirma que la obra de Pinel y Esquirol se consagró el 30 de junio de 1838 mediante una ley sobre los alienados donde se concretó "la medicalización de la locura" (pág. 171). Desde esta ley, el loco pasó a ser considerado un "enfermo" que requería la internación para el cuidado médico, y eran los médicos y no los jueces quienes se encargaban de diagnosticar el estado de la persona, su internamiento o su libertad. La ley

francesa tuvo gran influencia en las legislaciones de los demás países europeos, y en la misma Francia siguió vigente hasta finales del siglo XX. Claro que no resolvió todos los problemas pre-existentes ni pudo anticiparse a los nuevos. Por ejemplo, la aplicación de la ley abarrotó los asilos, de donde el proceso terapéutico, que era uno de los principales puntos de la ley, estuvo en peligro. Además, como lo señala Craplet (2000), la ley de 1838 no fue inmediatamente ejecutada en lo tocante a la construcción de los asilos, lo cual comenzó verdaderamente tras un período de 15 años de estado latente.

### **2.1.3 Los años del tratamiento moral**

Foucault, en *El Poder Psiquiátrico* (2007) señala que el tratamiento moral fue desarrollado esencialmente por Haslam (1764 – 1844) antes de ser retomado por Pinel. Foucault lo describe como "una escena de enfrentamiento" (pág. 25) entre la voluntad del médico y la del enfermo, que a su vez desembocaba en un enfrentamiento "interno" en el alienado mismo, un conflicto entre la idea fija a la que estaba aferrado y el temor al castigo producto de las medidas correctivas del asilo. Como expusimos, en este proceso el conocimiento, el saber médico apenas tomaba partido, siendo así que el médico no requería reconocer las causas de la enfermedad, esto es, algún tipo de criterio diagnóstico o nosográfico con los cuales operar una técnica médica. Por el contrario, lo importante era lograr que el alienado reconociera que su creencia delirante era errónea, y era en ese momento, cuando terminaba por confesar su error, cuando el proceso terapéutico concluía. El loco reconocía (más bien, simulaba reconocer) que se equivocaba, que no era omnipotente ni víctima de la Revolución, etc.

Hay que tener en cuenta que desde el siglo XVII hasta inicios del siglo XIX, los médicos partían de suponer que el núcleo de la locura radicaba en una falsa creencia, un error, pero no un error cualquiera. La diferencia entre el error del loco y el error de cualquiera radicaba en que el error del loco no

podía reducirse con la demostración de su falsedad. Si una persona cuerda sostiene, de manera errónea, que la tierra es el centro del universo, se le puede demostrar por medio de una explicación astronómica su error. En el caso del loco, las explicaciones no producen efectos de cambio de creencia, por lo que, se creía, había que manipular las cosas. Pinel, por ejemplo, daba validez al juicio erróneo de los locos, pero para darse a la tarea de modificar la realidad acorde a su falsa idea: si el loco creía que los revolucionarios lo perseguían para matarlo, Pinel escogía a unos guardias que el loco no conociese, los hacía representar el papel de jueces en un proceso donde se absolvía al loco de la guillotina, pensando que de esta manera lo harían rectificar. La "curación", así, consistía en reducir el error, no por una confrontación del juicio falso con el juicio "correcto", sino más bien manipulando la realidad para sintonizarla con el delirio.

Foucault (2007) enfatiza la importancia del asilo como agente del tratamiento moral, por cuanto permitía al alienado plegarse ante una serie de coerciones y otras regularidades institucionales, y al respecto, cita a Falret en su texto de 1854 "*Du traitement général des aliénés*":

Un reglamento positivo, estrictamente respetado, que fija el uso de todas las horas del día y fuerza a cada enfermo a reaccionar contra la irregularidad de sus inclinaciones, para someterse a la ley general. En vez de quedar librado a sí mismo y seguir el impulso de su capricho o de su voluntad desordenada, el alienado se ve en la obligación de doblegarse ante una regla, que tiene tanto más poder que cuanto ha sido establecida para todos. El enfermo está obligado a abdicar en manos de una voluntad ajena y a esforzarse constantemente para no incurrir en los castigos asociados a la infracción [del] reglamento (Foucault, *El Poder Psiquiátrico*, 2007, págs. 179-80).

Si bien es cierto, la observación permitía elaborar la nosografía, y la disposición de los cadáveres de los locos permitía elaborar la anatomía patológica de la enfermedad mental, en el tratamiento, no se daban explicaciones en función de la etiología de la enfermedad, ni de la fisiología del sistema nervioso, ni de la psicología de la locura. El tratamiento se

definía más bien por una serie de procedimientos: el asilo; medicamentos de orden físico o fisiológico (opiáceos, láudano, etc.), seguir el reglamento propio de la vida asilar que tuviera al loco ocupado (disciplina, obediencia, regímenes varios como alimentación, aseo, sueño, trabajo, éste último pieza esencial del tratamiento moral), así como instrumentos físicos de coerción y medicación psicofísica (duchas, el sillón rotatorio, cauterización, moxas, éter, etc.). Esto se lograba mediante la aplicación táctica de ciertas maniobras o dispositivos que Foucault distribuye en cuatro tipos:

1. La maniobra consistente en desequilibrar el poder del lado del médico, lo que Foucault llama "el principio de Falret": sustituir la voluntad del enfermo por una "voluntad ajena" (pág. 173-4) con el objetivo de obtener la docilidad del alienado, vulnerando además la omnipotencia inherente a la locura, pudiéndose emplear, incluso, la violencia y la amenaza. Foucault narra la historia de "Dupré", un loco a cargo de Leuret, que retrata en *"Du traitement moral de la folie"* en 1840:

Uno de los temas delirantes que encontrábamos en Dupré era la creencia de su omnipotencia sexual y en que todas las personas que lo rodeaban en el asilo eran mujeres. Leuret se dirigía a él y le preguntaba si, en efecto, todos los que están a su alrededor son mujeres. "Sí", dirá Dupré. "¿Yo también?", pregunta Leuret. "Usted también, por supuesto." En ese momento el médico aferra al paciente y, "sacudiéndolo vigorosamente, le pregunta si ése es el brazo de una mujer." Dupré no está muy convencido, de modo que, para convencerlo más, Leuret hace poner en su cena algunos "granos de calomelanos", que provocan en el pobre desdichado violentos cólicos durante la noche. A la mañana siguiente, esto permite que Leuret le diga: "Él, el único hombre que hay en el hospicio, es tan temeroso que la escena de la víspera le hizo mover el vientre". Así marca su supremacía viril y física mediante ese signo artificial de temor que ha suscitado en Dupré" (Foucault, 2007, pág. 176).

2. La maniobra consistente en reutilizar el lenguaje, esto es, en corregir "las nominaciones polimorfos" del alienado, sustituyéndolas, por la vía de la imposición, por otras nominaciones donde el loco pudiera reconocer la distribución de la jerarquía dentro del asilo, las formas del aprendizaje, la

disciplina, las expresiones habituales de saludo y de respeto, en general, los usos imperativos del lenguaje que reflejaban el circuito de poder asilar. Cada vez que Durpé se creía "Napoleón, Delavigne, Picard, Audireux, Destouches, Bernandin de Saint-Pierre, todos a la vez" (Leuret, citado en Foucault, *El Poder Psiquiátrico*, 2007), se lo obligaba a repetir los nombres y las jerarquías de sus allegados hasta que se volviera "atento" y "obedezca". Además, se le hacía leer versos, libros, o repasar el latín aprendido en la escuela. El diálogo, que efectivamente había en estas formas de tratamiento moral entre el médico y su paciente, era, por lo general un diálogo entre el que ordena y el que obedece.

3. La maniobra consistente en organizar las necesidades. Dupré, para quien el dinero era irrelevante, aseguraba que sólo existía moneda falsa y que por lo tanto era innecesario trabajar. Leuret entonces organizó toda una puesta en escena para enseñarle el valor del trabajo y del dinero: se lo obligó forzosamente a trabajar y, al final del día, se le retribuyó un salario que Dupré rechazó vigorosamente. Los guardias tuvieron que obligarlo a recibirlo y luego lo encerraron como "castigo" por negarse a tomar el dinero, dejándolo además sin merendar. Las autoridades del asilo le enviaron luego un enfermero quien debía continuar con la triquiñuela, diciéndole a Dupré que estaba dispuesto a desobedecer a Leuret, esto es, la prohibición de alimentarlo, siempre en cuando Dupré le pagara una módica cantidad. Durpé, hambriento, le despachó las monedas previamente rechazadas y se alimentó, pero los encargados le volvieron a poner calomelanos en las legumbres, por lo que, después de un instante, debió negociar nuevamente con el doméstico una suma monetaria para que le desamarrara las manos y le permitiera ir al baño. Con esto se pretendía enseñarle la utilidad del dinero. Se trataba así de mantenerlo en una carencia "término medio", esto es, sin exagerar, también en lo que respecta al adorno de la ropa, a la comida, a la libertad y al trabajo.

4. El dispositivo del enunciado de la verdad. Dupré no reconocía París, la confundía con la ciudad de Langres. Así, uno de los residentes del hospital de Leuret lo llevó a recorrer París, preguntándole a cada calle y monumento distintivo de la ciudad si estaba o no en París. Pero Dupré no reconocía estar en esta ciudad, sino en Langres *disfrazada* de París. Al volver a Bicêtre y, aún afirmando que lo que vio fue un simulacro en la ciudad de Langres, lo llevaron al baño y le vertieron agua fría sobre la cabeza, ante lo cual "aceptó" que había estado en la ciudad de París. El travieso Dupré, luego de salir del baño, volvió a su afirmación anterior: Langres, por lo que la práctica del agua fría se repitió y, de igual manera, el cambio de su respuesta. Luego, afirmó ser Napoleón. Se repitió una tercera afusión. Luego una cuarta y las veces que fueron necesarias. Se llegó a tal punto, que se le exigía al alienado la escritura de su autobiografía. Así, la maniobra del enunciado de la verdad tenía que ver con lo que el loco confesaba bajo apremio, que con lo que efectivamente él percibía. *El enunciado de la verdad, es el de la verdad del poder asilar, la afirmación de poseer la identidad que registra la administración asilar y que se desea mantener en función de los parámetros de la sociedad.* Es la obediencia. Y este proto-psiquiatra, antes que buscar la verdad de la locura, era un administrador de la misma. El tratamiento moral, como una pedagogía moral para con el paciente, también era una "pedagogía" para el alienista, por cuanto al observar al loco, aprendía, o mejor dicho, designaba el estatuto de la locura.

Ahora, el tratamiento moral también incluía el hablar con amabilidad al paciente, escuchándolo con empatía, dándole esperanzas, intentando el diálogo con la "parte de razón" que se creía aún quedaba en él. El paciente se valía de estas "promesas" de curación, pero podía quedar atrapado en "el sistema de creencias del terapeuta" (Poste, 2000, pág. 157). Pinel, por otra parte, tenía en gran estima al celador Pussin, escribiendo incluso que el instigador de la medida de "quitar las cadenas" fue el celador, no él. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el quitar y poner las cadenas a los

locos era práctica común en la institución asilar. La aplicación de fuerza a los insanos, por otra parte, no acabó con Pinel. El mito oculta también estos hechos. (Postel, Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo, 2000).

#### **2.1.4 Alienismo y desarrollo de la clínica psiquiátrica**

En su época, se consideraba que la obra de Pinel permitía entender "el rostro humano de la enfermedad mental" (Thuilleaux, citado por Postel, Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo, 2000, pág. 140), repercutiendo no sólo en la medicina, sino en la filosofía, en hombres como Hegel y Maine de Birán, así como en la literatura de Stendhal. El loco, vuelto objeto de estudio científico, dejó por fin de ser asociado a una pérdida total de la razón. El mismo Hegel afirmaba que en la locura se trataba de "una contradicción en la razón que aún existe" (pág. 150). Pero el tratamiento moral, que planteaba usar la "razón" del enfermo para suprimir el delirio, conllevaba su fracaso. Los primeros alienistas creían poder "razonar" con los enfermos para traerlos de vuelta a la normalidad. La cura respondía a una suerte de "neutralización" de la pasión subyacente a la locura. Esta concepción "equivocada" sin embargo permitía entender al insano como un ser humano.

Para Foucault (El poder psiquiátrico, 2007), los dispositivos de poder dentro de la institución asilar actuaban como productores de enunciados sobre la enfermedad mental. La "proto-psiquiatría", la práctica alienista de finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, se valía de estas condiciones para hacer posible la "validez" de su mirada clínica, cuyo orden permitía además la ilusión de "neutralidad" al momento de efectuar "observaciones exactas" sobre la condición del loco. Este orden permitía además la ilusión de su "curación". Este poder disimétrico contaba con toda una jerarquía: alrededor del médico se reunían sus relevos: los vigilantes, cuya mirada no erudita era el relevo de la mirada erudita y objetiva del médico; los sirvientes, el último eslabón del poder, cuya función no se reducía al cuidado doméstico del loco,

sino a dotar de información al vigilante a través de una mirada en la más pura cotidianidad del loco.

Pinel consideraba la alienación como una enfermedad orgánica, producto de una perturbación del sistema nervioso que desregulaba las funciones intelectuales. La perturbación, según Bercherie (1986), daba cuenta de un materialismo "psico-fisiologista": la función intelectual afectada por causas que no correspondían a un daño físico cerebral. Es por esto que en la nosografía de su época, la enfermedad mental no era considerada una categoría específica, sino una neurosis. Esta concepción se complementaba con la idea de una relación entre lo físico y lo moral en el ser humano. Si bien es cierto, Pinel consideraba las causas físicas y hereditarias como determinantes en la locura, sin embargo pensaba que las "causas morales" eran las más importantes: las pasiones.

Los principios metodológicos que Pinel tomó de los Ideólogos lo llevaron a sostener en su clasificación nosográfica de las enfermedades un lugar secundario para la anatomía patológica, considerándola mera expresión sintomática, no causal, de las enfermedades. Esta actitud mantendrá a la psiquiatría distanciada del resto de la medicina, esto es, alejada de los triunfos del método anátomo-patológico. Con Esquirol, el primer médico alienista especializado, cuya obra fue de consenso general de 1820 a 1850, los alienistas se dividieron. La principal disensión discurría sobre si la alienación mental tenía o no base anátomo-patológica. La posición de Pinel y Esquirol, como dijimos, difería del resto de la medicina a este respecto. En la época, la frenología de Franz Joseph Gall (1758 – 1828) prometía encontrar "protuberancias" específicas en el cráneo del alienado mental. Las investigaciones anátomo-patológicas se volcaron así al descubrimiento de lesiones cerebrales y sus relaciones con la alienación. Pero a pesar del ímpetu de esta posición, los errores y lagunas abundaban, por lo que los partidarios pinelianos y esquiroleanos no terminaron de despegarse de la tesis "funcional" de la alienación mental.

Étienne-Jean Georget (1795 – 1828) realizó una posición intermedia entre anatomistas y funcionalistas. Concibió la alienación de manera dualista, atribuyendo causas orgánicas (perturbaciones mentales sintomáticas) y causas funcionales (perturbaciones idiopáticas). Si bien se contrapuso al "monismo" de los anatomistas, siguió siendo "organicista". Limitó además el "tratamiento moral" a condiciones de aislamiento, reposo y distracciones, dejando la "psicoterapia" en un segundo plano. De aquí se ahondó el declive del tratamiento moral de Pinel, acercándose el alienismo cada vez más a la ortodoxia médica. Para Bercherie (1985), Desge Georget, la locura será efecto de una "influencia órgano-psíquica" y su tratamiento se lo realizará como si se tratara de un órgano enfermo.

Para Foucault (El poder psiquiátrico, 2007), el saber anátomo-patológico en el asilo se aplicaba ya antes de Bayle, en la década de 1820, con figuras como Félix Voisin (1794 – 1872), Achille de Foville (1799 – 1878) o Jean-Pierre Falret (1794 - 1870). El debate sobre las causas orgánicas de la locura se inició en la década de 1830, y Georget tuvo que ver en esto al reprochar en su tesis de 1820 a Pinel y Esquirol el no haber intentado asociar los fenómenos de la locura a una causa, específicamente, a una causa orgánica. Como sea, hay que recordar que la *práctica* psiquiátrica no tenía en cuenta ni la nosología ni la etiología entre los muros del hospital de alienados. Este conocimiento le servía como garante de la verdad, y fue elaborado antes que cualquier práctica psiquiátrica. Este tema de la verdad lo abordaremos en el siguiente capítulo. Por ahora, pasemos a desarrollar sucintamente la evolución del organicismo en el terreno del alienismo, el paso del alienismo a la psiquiatría.

## **2.2 Las promesas de la Parálisis General**

La anatomía patológica y la medicina estadística llegaron a ser los instrumentos epistemológicos de la medicina del siglo XIX. La medicina alienista, como mencionamos, recién empezó a utilizar el recurso constante

a la investigación anátomo-patológica desde la década de 1820. Buscaba así la "verdad" de la locura en la autopsia del loco, a su muerte.

La parálisis general, término empleado primero por Delaye en 1824 y adoptado por Requin en 1846 añadiéndole el término "progresiva", fue evidenciada por Royer-Collard y sobre todo por su discípulo, Antoine-Laurent-Jessé Bayle (1799 – 1858), clasificando esta entidad neuropsiquiátrica con bastante precisión, relacionando la manifestación del trastorno mental a procesos de índole neurológica producidos por una meningoencefalitis difusa. La importancia de este suceso en la historia de la psiquiatría es descrita por Postel en los siguientes términos:

Esta enfermedad neuropsiquiátrica, pocos años después de su descubrimiento, se convirtió en la garantía científica de todo el movimiento que hizo bascular la psiquiatría moral (psicogenética) de Pinel y de Esquirol hacia una psiquiatría organogenética. Este giro reductor no fue posible sino gracias a la existencia de la parálisis general, convertida en modelo de la enfermedad mental orgánica (con lesiones anatomopatológicas cerebrales), y, en menor grado, gracias a la identificación de la futura psicosis maniaco-depresiva de Kraepelin, por Baillarger y Falret" (Postel, La parálisis general, 2000, pág. 199).

El mismo autor señala que con la publicación del *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* en 1826, Bayle "se sitúa el punto de arranque histórico de la anexión del campo de la locura a la neurología". (pág. 201). Bayle observó que la lesión de las meninges, la "aracnitis crónica", conllevaba síntomas de parálisis y de *demencia*. Consideraba esta entidad como "puramente sintomática" y no una "locura idiopática" (Georget), sin que en ningún momento se preocupara por encontrar una causa orgánica. Curiosamente, las investigaciones de Bayle en la década de 1820 pasaron completamente desapercibidas, y será 20 años después, cuando la naciente escuela neuropsiquiátrica, haga de las tesis de Bayle su emblema, cansados ya del tratamiento moral de Leuret. Así, esta entidad pasará a ser considerada un trastorno neurológico, y luego, con Moreau de Tours (1804 – 1884), la organogénesis de la alienación mental cobrará fuerza, ya alejada

totalmente del tratamiento moral. Y es que el modelo de la parálisis general permitía al alienismo ratificar en la medicina su seno y único lugar, con la ilusión de aplicar el método para describir todas las enfermedades mentales. No fue sino hasta 1857 cuando se empezó a reconocer la sífilis como su causa específica, y en 1913, con Noguchi y Moore, cuando se demostró la existencia del treponema en el cerebro.

Bercherie (1986) considera que Bayle, al proponer considerar la mayor parte de las enfermedades mentales según la explicación patogenética de los síntomas según el modelo de su parálisis general, pecó de entusiasmo. La parálisis general, como unidad clínico-evolutiva y anátomo-patológica, permitió por primera vez describir un proceso específico que integraba varios estados de "locura". Con el tiempo, J. Falret (1794 - 1870) y Baillarger (1809 – 1890) modificarán la nosología de Esquirol, según sintomáticas orgánicas precisas.

### **2.2.1 La clínica francesa en Alemania vía W. Griesinger**

Mientras tanto, Wilhelm Griesinger (1817 - 1868) introducía la "revolución pineliana" y la tradición clínica en Alemania. La escuela Alemana, en contraposición a la francesa, partía de la interpretación fisiológica del cuadro antes que de la observación clínica. Griesinger afirmaba que la afección mental era una afección del cerebro, pero tenía una psicología desarrollada a partir de la concepción de la conciencia del yo de Herbart. A su vez, Griesinger influyó en Freud (la teoría del ego y la metamorfosis del ego en el delirio), Blondel, Guiraud y Jaspers. Consideraba el cerebro como un centro de acciones reflejas, donde las actividades superiores eran formas diferenciadas de las actividades inferiores, todo lo cual permitía la inteligencia, definida como una capacidad asociativa de representaciones mentales, las cuales surgían de las sensaciones provenientes del organismo entero, especialmente del hambre y del instinto sexual, que luego producían movimientos "oscuros" de conciencia que se organizaban como sentimientos

y luego como complejos de ideas que perseguían el fin de ejercer, mediante la conciencia, respuestas motrices tendientes a la realización del objetivo. Griesinger consideraba estos *complejos de ideas* como los formadores del yo, el cual podía modificarse en el transcurso de la vida. Por otra parte, su nosología tenía un criterio evolutivo: las formas de la locura eran consideradas diversas manifestaciones de la misma enfermedad en el tiempo. La evolución, como criterio clínico en la construcción nosológica, aparece aquí por primera vez, y verá su mayor despliegue con Kraepelin.

### **2.2.2 Consolidación del organicismo en Francia vía Jean-Pierre Falret**

Falret buscó durante toda su vida una evidencia orgánica para sustentar la causalidad orgánica de la locura. A pesar de no encontrarla, nos cuenta Bercherie (1986), la sostuvo por sus efectos. Para este autor, Falret contribuyó a superar la nosología antigua, la de los ahora vilipendiados Pinel y Esquirol, considerando a la manía, melancolía, monomanía y demencia, como simples estados sintomáticos provisorios y no como especies naturales. En 1854, Falret propuso un nuevo concepto nosológico: la "locura circular", que incluía la manía y la melancolía, así como un intervalo lúcido, con características clínicas específicas, preparando así a Magnan y Kraepelin.

### **2.3 La teoría de la degenerescencia**

Morel (1809 – 1873) propuso una clasificación donde el elemento etiológico era su principal criterio, superando el modelo precedente, que clasificaba en función de las perturbaciones de las facultades intelectuales o afectivas. Enumeró causas ocasionales, sean orgánicas o "morales", y causas determinantes, que otorgaban su sello específico a cada tipo de alienación: locuras por intoxicación, locuras asociadas a las neurosis, locuras simpáticas y locuras idiopáticas, donde, siguiendo el modelo de la parálisis general, consideraba al cerebro como el órgano afectado. Pero a esto agregó la tesis de la degeneración hereditaria. Las concepciones psiquiátricas de Morel se

inscriben en una tradición antropológica-psiquiátrica. Entre estos pilares se encontraba el "tipo primitivo perfecto" sobre el cual Dios creó al ser humano, de donde las desviaciones eran consideradas degradaciones. (Bing, 2000). Desarrollada en la década de 1840, la teoría de la degenerescencia influyó en la psiquiatría hasta comienzos del siglo XX, cuando Genil Perrin la replanteó. Morel, positivista convencido, quería encontrar "la ley primera en psiquiatría que regulase la evolución de los fenómenos" (Bing, pág. 225), esto es, una etiología de todo el cuadro de la locura. Además de criticar a Pinel y Esquirol, criticó a Bayle por no estudiar las "causas primeras" de la mismas lesiones. La teoría de la degeneración de Morel no debe entenderse en sentido darwiniano, pues *El origen de las especies* aparecería dos años más tarde. Sus predecesores se encuentran en los naturalistas Lamarck y Buffon, para quienes degeneración es una "desviación natural de la especie" (Bing, pág. 226).

Magnan (1835 – 1916), alumno, entre otros, de Baillarger y de Falret, gran amigo de Charcot (1825 – 1893), ubicó, él sí, la teoría de la degenerescencia de Morel en un contexto evolucionista darwiniano. La herencia entonces empezó a cobrar un papel importante en cuanto a la "predisposición" a la enfermedad mental. Tanto Morel como Magnan hacían del sistema nervioso central la "sede" de las "transformaciones", aunque éste último sea mucho más meticuloso al momento de jerarquizar las localizaciones cerebrales. (Bing, 2000)

## **2.4 Emil Kraepelin**

"Con E. Kraepelin el modelo médico parece imponerse definitivamente en el enfoque de la locura" (Postel, La demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. Kraepelin, 2000, pág. 217). Postel relata una presentación de enfermos de Kraepelin (1856 – 1926), reseñada por Laing, en la que el diálogo excitado, exasperado y quizá provocativo del paciente no eran para

Kraepelin "información utilizable", sino más bien "signos" de una "enfermedad" (Laing, citado por Postel, pág, 217):

"Toda su cultura, todo su saber, toda su historia, lo separan de este lugar para escuchar, que no podría ser para él sino debilidad, confesión de su impotencia. No quiere ser más que el clínico, y el maestro que, a través de los síntomas, no se dirige al sujeto sino a la enfermedad y, más allá de ésta, al cadáver sometido a autopsia". (pág. 217).

Postel nos da cuenta, además, de la importancia que tenía para Kraepelin el "criterio evolutivo" en la consideración de las enfermedades mentales. Así, desde la segunda edición de su famoso *Lerbuch*, el alemán dejó atrás la clasificación "psicológica" "cercana a la de Esquirol" para clasificar a partir del criterio de evolución y pronóstico de la enfermedad, lo cual se consagró desde la cuarta edición con el "grupo de los procesos degenerativos psíquicos" (demencia precoz, catatonia, demencia paranoide), que en la sexta edición pasaron a llamarse "demencia precoz". Reubicó además la melancolía en la psicosis maniaco-depresiva. En la octava edición deslindó el grupo de las "afecciones endógenas": demencia precoz, parafrenia, psicosis maniaco-depresiva, que tenían en común el ser "psicosis que evolucionan hasta el deterioro total" (pág. 218).

Antes de Kraepelin, la parálisis general de Bayle, la "locura circular" de Falret y la catatonia de Kahlbaum (1828 – 1899) ya habían sido demostradas clínicamente. De éste último, Kraepelin admiró el reconocimiento del cuadro total (evolutivo) de la catatonia, inspirándose en esta tendencia a determinar la enfermedad por su estado terminal, la demencia. De ahí su entidad nosológica "demencia precoz", término tomado de Morel. Kraepelin además consideraba que la psicosis maniaco-depresiva podía, como por lo general así sucedía, desembocar en una demencia. La psicosis así era "crónica". El criterio de "enfermedad endógena" kraepeliano reconocía la constitución y el "carácter moral" del individuo como causas de su enfermedad mental, sea demencia precoz o psicosis maniaco-depresiva, tomando como axioma además que el medio externo no ejercía su influencia en la psicosis, lo cual

limitaba el proceso terapéutico, así como eximía de responsabilidad a la sociedad. La etiología de la enfermedad mental era considerada endógena.

Braunstein (Crítica de la clasificación internacional en psiquiatría, 1984) nos aclara que, siendo la taxonomía botánica el modelo de inspiración, Kraepelin intentaba describir las enfermedades mentales sobre la base de las apariencias, concibiendo la enfermedad según el mismo modelo de la especie botánica, la cual podía ser definida, sin conflicto, por su carácter perceptual. La mirada kraepeliana describía, objetivaba, introducía la enfermedad en una jerarquía de categoría, subcategoría y variedad, similar al de clase, género y especie. El botánico no tenía problemas al elaborar su sistema clasificatorio mediante la descripción de los caracteres formales de la planta, pues éste era un buen modelo para clasificaciones de objetos visibles. Para Linneo, la especie era atemporal. Para Kraepelin, la enfermedad mental se definía por un criterio evolutivo y se explicaba en la fase terminal. El saber clínico, así, consistía en adelantarse a la enfermedad, en elaborar un pronóstico, similar al modelo de las enfermedades infecciosas, pero diferente en cuanto en psiquiatría no hay conocimiento de causas, sino descripciones y alusiones a constitución, herencia, o encefalopatía. La nosografía kraepeliana no describía como tal la realidad, *sino que categorizaba la realidad*. De aquí, Braunstein denuncia toda una tradición en psiquiatría cuyo objetivo es mantenerse en el terreno de la medicina y su concepción científico natural. Y ya que sólo en el cuerpo podía encontrarse la base de una ciencia materialista, se deseaba encontrar *lesiones, trastornos metabólicos, constelaciones genéticas* como explicación de las enfermedades mentales. Tradición que llegó al mismo Freud, quien hacía del psicoanálisis parte de la psicología como ciencia natural: “En su origen [el psicoanálisis] designó un determinado proceder terapéutico; ahora ha pasado a ser también el nombre de una ciencia, la de lo anímico inconsciente” (Freud, Presentación autobiográfica, 1992).

## **2.5 Anormalidad**

Foucault (Los anormales, 2007) describe cómo la psiquiatría, la jurisprudencia y la práctica penal decimonónicas desarrollaron la noción de instinto y, con ello, la idea de lo anormal como criterio en psiquiatría. Gracias a la noción de instinto, los mecanismos de poder penal y psiquiátrico encontraron su punto de conexión: por una parte, permitió entender, en el sistema jurídico, el crimen sin motivo y no punible; por otro lado, en el sistema psiquiátrico, permitió hacer de la ausencia de razón un mecanismo patológico positivo. Pero en la primera mitad del siglo XIX las referencias a esta noción eran escasas. En el terreno de la taxonomía psiquiátrica, se consideraba que el loco que cometía asesinato sufría de locuras parciales, esto es, locuras que afectaban o bien la inteligencia o la conducta. En este apartado de locura parcial se ubicaba una pobre noción de instinto. Tres procesos permitieron su desarrollo:

1. El que la psiquiatría se inscribiera dentro de una nueva regulación administrativa. Ya vimos lo que sucedió al interior del asilo. En el exterior, cuando la ley de 1838 reglamentó el ingreso del alienado como enfermo mental a la institución asilar, la disciplina obtuvo sus diplomas de práctica médica. Pero los alienados debían comprometer el orden público para ser ingresados. El papel de la psiquiatría era ambiguo: por una parte, era convocada como técnica científica especializada, pero al mismo tiempo debía responder por el desorden, el peligro en el comportamiento del alienado. La “proto-psiquiatría” debía responder no sólo de lo que pensaba el alienado, sino de lo que hacía, no sólo de lo que podía querer conscientemente, sino de lo que podía hacer involuntariamente. Independiente de los locos que recibían otro tipo de tratamiento, los internados por la administración eran señalados como peligrosos. Y peligrosos en cuanto su instinto los arrastraba a la muerte, a ellos y a quienes los rodeaban. A las vicisitudes de este nuevo régimen administrativo, Foucault denomina el segundo nacimiento de la psiquiatría.

2. La reorganización de la demanda familiar. Ya no es la amplia familia, sino la nuclear en todo caso, la que solicitaba al médico definir la clase de peligro que representaba para la familia el enfermo mental. El saber, el diagnóstico y pronóstico psiquiátricos recayeron sobre las relaciones intrafamiliares. Con esto, se patologizó toda una serie de conductas. Los desórdenes dentro de la familia pasaron a ser competencia del psiquiatra.

3. Aparición de una demanda política con respecto a la psiquiatría; discriminación política, en lo cual no amerita extendernos.

Estos 3 referentes, administrativo, familiar y político, se desarrollaron entre 1849 y 1875. Entre las consecuencias, ocurrieron cambios fundamentales en el campo de la psiquiatría que adaptó su saber a las formas del poder psiquiátrico. Se desarrolló una nueva economía de las relaciones locura/instinto. Se abandonó la noción de locura parcial: aunque se manifieste un solo síntoma, la enfermedad mental sólo podía concebirse como total. Esta reunificación de la locura se hizo a través del eje voluntario/involuntario. La psiquiatría ya no interrogaba sobre las formas lógicas del pensamiento, sino por la espontaneidad del comportamiento. El loco estaba a merced de procesos involuntarios, dirá Baillarger, y su origen deberá buscárselo en una perturbación del cerebro. Foucault ubica aquí el final del Alienismo: Esquirol, el último de ellos, el último que planteó la relación de la locura con la verdad; Baillarger, el primer psiquiatra al plantear la cuestión de lo voluntario/involuntario, lo instintivo y lo automático. Ocurrió un “aflojamiento epistemológico” de la psiquiatría en dos direcciones: se pasó a destacar como síntoma de enfermedad mental una serie de conductas que estaban en contra del orden, según la regularidad administrativa, obligaciones familiares o normas políticas y sociales. Por otra parte, según estas conductas se sitúen en el eje de lo voluntario/involuntario. La salud empezó a definirse como conducta sana en términos de cercanía a la norma y eje de la voluntad; la patología en función de distancia de *norma* y en términos de *automatismo*. La alienación como criterio de locura

desaparece. La psiquiatría ya no necesita de la locura, de la demencia, del delirio, de la alienación. Esta referencia al eje voluntario/involuntario fue, según Foucault, lo que permitió acercarse a la medicina orgánica. Si para los alienistas, el quehacer médico era nosografía, sintomatología, clasificación y taxonomía, para los psiquiatras los trastornos mentales podrán asociarse con todos los trastornos orgánicos o funcionales que perturben el desarrollo de las conductas voluntarias y además con los trastornos neurológicos. El status moral, disciplinario o judicial de las conductas que la nueva psiquiatría tomó como desórdenes de la conducta, no era evidente. La referencia a la medicina orgánica posibilitada por la neurología permitía entender la norma como principio funcional, de donde lo que representaba su desorganización era considerado como lo patológico. A la psiquiatría le competían así las perturbaciones del orden y los trastornos del funcionamiento. La psiquiatría, la ciencia de los anormales, es ahora una tecnología de la anomalía.

## **2.6 Siglo XX**

Trillat (2000), en cambio, ubica entre los años 1900 - 1920 el momento en el que se concreta el final del alienismo y el comienzo de la psiquiatría. Considera a Magnan y a Kraepelin como los dos últimos alienistas de magnitud. Ambos esperaban encontrar en la neuroanatomía de su tiempo la explicación de las enfermedades mentales. Y aunque sus métodos distaban de ser similares (el modelo del "delirio crónico" y la degenerescencia del primero, el criterio evolutivo y enfermedad endógena del segundo), siguieron bajo la bandera del alienismo propulsada por Falret: "descubrir especies verdaderamente naturales caracterizadas por un conjunto de síntomas físicos y morales y por una marcha especial" (Falret, citado por Trillat, 2000, pág. 320). Trillat señala el modo en que los nuevos "psiquiatras" empezaron a "perder la fe" en este modelo:

"El escepticismo y la duda se habían apoderado del espíritu del nuevo siglo. En Francia, el culto a la ciencia y el positivismo estaban perdiendo velocidad. Las esperanzas grandiosas a que habían dado nacimiento

los descubrimientos científicos del siglo XIX se hundían en la indiferencia. La sociedad burguesa se hallaba sacudida por los conflictos sociales y las actividades subversivas. El caso Dreyfus la obligó a abandonar los cenáculos evanescentes del simbolismo para elegir su campo. La obra de Magnan no escapó a la polémica. La idea de la degenerescencia, que abarcaba toda la psiquiatría, no era más que "un desván que sirve para alojar, sin ningún esfuerzo de la inteligencia todos los casos embarazosos" (Trillat, 2000, pág. 320).

La psiquiatría naciente intentó, en hombres como Gilbert Ballet (1853 - 1916), acercar la neurología y la medicina con el alienismo, reintegrar la noción de "alienación mental" con la de "enfermedad nerviosa". Ballet pertenecía a la escuela de la Salpêtrière, cuya tendencia, desde Charcot, era neurológica. Esta plétora de hombres, neurólogos y alienistas, trabajaron en conjunto con una nueva actitud, como lo resume Trillat:

"Ya no se creía en la domesticación de una naturaleza rebelde, en el descubrimiento, dentro de la nebulosa confusa de la locura, de especies morbosas autónomas, claramente identificadas como figura y como evolución. Había concluido el sueño de Morel, de Falret, de Magnan, de Kraepelin" (pág. 321).

Los "nuevos psiquiatras", especialmente los franceses, se fundamentaron también en la naciente psicología clínica de su época. Tal es el caso de Arnaud, quien intentó con el concepto de constitución, superar el de degenerescencia de Morel y Magnan. Este concepto fue recogido por Théodule Ribot (1839 – 1916) y llevado a sus discípulos Pierre Janet (1859 – 1947) y G. Dumas, de los cuales, éste último "habría de elaborar el postulado fundamental de la doctrina de las constituciones: existía una identidad fundamental entre los mecanismos psicológicos normales y los mecanismos patológicos. Las diferencias son de orden cualitativo y no cuantitativo" (pág. 322). Idea novedosa en ese exclusivo punto, por cuanto la teoría de la degenerescencia diferenciaba lo normal y lo patológico a partir del "modelo primitivo". Es Ernest Dupré (1862 – 1921) quien ya en 1919 sostenía que las enfermedades mentales eran enfermedades de la personalidad, donde la constitución, según variantes cuantitativas, mediaba

lo normal y lo patológico. Esta tesis se sostenía, de todas maneras, dentro de la organogénesis. El hecho de que personas sanas devinieran enfermos mentales durante los hechos posteriores a la Gran Guerra reforzó esta idea "constitucional".

Trillat señala además como hitos de la época la obra de Pierre Janet; la de Wilhelm Wundt (1832 – 1920), quien en el terreno de la psicología experimental influyó, por ejemplo, en el joven Jung; la corriente sociológica de Durkheim en cuanto a la noción de "interacción"; la antropología de Levy-Bruhl; la fenomenología de Jaspers; la obra psicoanalítica de Freud. La encefalitis epidémica de Von Economo-Gruchet, dio gran impulso a la orientación neurológica en psiquiatría al permitir sostener tesis alejadas del criterio endógeno para las psicosis, con la idea de agentes patógenos en su etiología, y con esto también "despertó la esperanza, en oposición al alienismo, profundamente pesimista" (pág. 324) de promover un tratamiento efectivo. Bleuler, Kraepelin y Freud, según Trillat, fueron los autores principales de la psiquiatría del siglo XX.

Eugène Bleuler (1857 – 1949), cuya *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* data de 1911, tuvo un gran impacto en el advenimiento de la psiquiatría, atrayendo con su obra tanto a psiquiatras como a psicoanalistas. De esta manera menciona Trillat la importancia de Bleuler:

"Supo realizar la síntesis de una psiquiatría tradicional fundada en la observación clínica rigurosa y prolongada de la población de enfermos de los asilos que tuvo a su disposición (cosa con la que no contó Freud) y de una comprensión clara del papel fundamental desempeñado por el inconsciente freudiano en el desarrollo de las psicosis" (pág. 325).

Bleuler no reconoció las teorías de Freud sobre la sexualidad ni el traumatismo infantil. Por otra parte, llevó la distinción clásica entre síntomas fundamentales y síntomas secundarios a una nueva concepción, que ya no era de los criterios cuantitativos o evolutivos. Bleuler agregó la idea de un

*proceso* como condición necesaria para la enfermedad mental: la *Spaltung* en la esquizofrenia. Para explicar si esta *Spaltung* era el proceso mismo o un síntoma primario, dejó abierta la puerta tanto a la organogénesis como a la psicogénesis. Abandonó así la teoría de las constituciones, donde la diferencia entre lo normal y lo patológico estaba dada por una variancia cuantitativa. Minkowski, discípulo de Bleuler, señaló que la variable era el proceso. "Todo es cosa, dijo Bleuler, de variaciones cuantitativas del proceso" (Trillat, pág. 326), incluyendo en esta concepción no sólo las varias formas de psicosis, sino de neurosis y la persona "normal". Para Bleuler, el enfermo no era un "alienado", sino "un sujeto animado de deseos y temores" (Trillat, pág. 326).

Trillat sostiene además que en el periodo entre las dos guerras, la psiquiatría francesa, totalmente hostil hacia el psicoanálisis, se orientó hacia la neurología, siendo así que la enfermedad mental era considerada enfermedad de los nervios, susceptible de curación. Para Bercherie (1986), de 1876 a 1910 la psiquiatría, que se había alejado del modelo anatómo-patológico, quedó arrogada al modelo neurológico. La psiquiatría representaba un campo apasionante al estudiar las funciones más complejas del sistema nervioso central. Terminó así de adaptar el modelo de la patología general con el modelo de la parálisis general (clínica y anatómo-patología). En este punto, Bercherie traza dos caminos: un enfoque dogmático, que "traduce la clínica en metáforas neurológicas" con un Meynert o un Wernicke, que no siempre se mantuvieron en el enfoque clínico; y otros que, siendo fieles a la prudencia teórica de Pinel, se mantuvieron en la autonomía de la clínica. Reaparecieron "concepciones psicológicas implicadas en la neurología": la edad de oro de la doctrina de las localizaciones cerebrales.

Volviendo con Trillat, en el mismo periodo entreguerras, en Estados Unidos, la psiquiatría se desarrolló con un estilo muy particular de la mano del suizo Adolf Meyer (1866 – 1950), discípulo de Auguste Forel (1848 – 1931). Meyer

se sentía atraído por el darwinismo de Thomas Huxley y las teorías de H. Jackson antes que por las orientaciones suizas y alemanas. Ejerció la neurología en Chicago desde 1890, volcándose luego a la psiquiatría. Lector de Pierce, James y Dewey, padres del pragmatismo americano. Para Meyer:

"Lo importante era la manera como el enfermo reaccionaba ante una situación concreta; todo lo que pasaba entre él y su ambiente; aquello con lo que había que trabajar eran los hechos visibles, objetivos, observables; eran las reacciones del enfermo" (Trillat, 2000, pág. 333).

De aquí, se entienden las tendencias de la psiquiatría estadounidense: conductismo, culturalismo, teoría de la comunicación, la psiquiatría social, así como un psicoanálisis "revisado y corregido" y que, desde 1945 será interpelado por Europa.

Luego de la Segunda Guerra, la institución del asilo francés fue puesta seriamente en tela de juicio. Se reconoció que el asilo alienaba tanto a los tratantes como a los tratados; las prácticas dentro de la institución se ampliaron fuera de la misma: el psiquiatra pasó a tener un mayor papel en la comunidad, afirmando su competencia para tratar los problemas relativos a la salud mental individual o social, delimitando además su propia identidad respecto de los neurólogos, declarando a estos últimos como los profesionales a cargo de las alteraciones del sistema nervioso sin manifestación psíquica, mientras que ellos se encargaban de "las alteraciones de la vida de relación que dependen de un trastorno psíquico" (Trillat, pág. 336). La psiquiatría se estableció definitivamente como una disciplina autónoma luego del periodo de la segunda guerra. En esto influyó la reorganización del asilo como instrumento terapéutico (germen de la psicoterapia institucional), velándose además por la condición del enfermo a la salida del asilo; influyeron además las terapias biológicas impulsadas por Wagner von Jauregg (1857 – 1940), Manfred Sakel (1900 – 1957) y Ugo Cerletti (1867 – 1963) y los avances en cuanto a las drogas psicotrópicas, denunciadas luego como "camisas de fuerza químicas". Los defensores de

este tratamiento, entre otras cosas, mencionaban la posibilidad de devolver el enfermo a casa: "Hacia los años de 1965 - 1970 comenzaron a vaciarse los hospitales psiquiátricos" (Trillat, pág. 339)

A pesar del pragmatismo, influencia norteamericana, la discusión teórica no cesó. Trillat ubica a Henry Ey (1900 - 1977) en el centro de los debates, no sólo por organizar serios encuentros durante sus años en Bonneval, sino por cuanto en su misma obra rescató la teoría órgano-dinamista. Entre 1960 y 1970 la psiquiatría fue puesta en tela de juicio, tanto del lado de la medicina como desde el plano social, donde el encierro del loco era tomando como afrenta en el seno de una sociedad que promulgaba la liberad. Trillat considera que autores como Szasz, Foucault, Castel, son los precursores del movimiento de la antipsiquiatría, que fue promulgado en Inglaterra con David Cooper (1931 – 1986) y R. D. Laing. (1927 – 1989), y en Italia con Franco Basaglia (1924 - 1980). Trillat se pregunta por la dirección de la psiquiatría en los últimos años del siglo XX: en la psicopatología, la relegación del psicoanálisis como marco de referencia, con el ascenso de las teorías sistémicas y de la comunicación; en la clínica, el descentramiento del interés mayoritario en la esquizofrenia por el de los estados límites, psicopatías y toxicomanías; desarrollo de la investigación, con el estudio de los neurotransmisores, los psicotrópicos, de los receptores, etc.

Llegamos ahora a una definición contemporánea de la psiquiatría de la pluma de Brisset: "la práctica de un médico que se dedica al estudio de la patología de la conducta y de los cuidados requeridos por esta patología" (2000, pág. 392). Para este autor, entre la orientación psicodinámica y la orientación farmacológica, los psiquiatras se ubican, tanto en el ejercicio público como privado, en uno de estos dos polos "con infinitos matices de escuelas, de tendencias y de prácticas" (pág. 396), prácticas que, al mismo tiempo, son perpetuas investigaciones.

### Capítulo 3. Avatares del psicoanálisis

Hasta este punto, entendemos la esencia del método de la clínica psiquiátrica en su relación con la observación, con la mirada, con el sensualismo de Condillac y de los Ideólogos, esa observación objetivante según el postulado de que la misma, a pesar de no poder aprehender la totalidad del objeto cognoscible, puede efectuarse sin embargo de manera directa y veraz, por lo que es necesario coleccionar y sistematizar los hechos por cuanto a pesar de todo se los puede comprender en su pureza. En este sentido, no existe como tal una "*clínica*" psicoanalítica, pues la observación está encuadrada "por otra cosa más compleja que genera los hechos psicoanalíticos" (Bercherie, 1985), en donde la metáfora de la mirada o del tacto no se aplica con tanta justicia como sí una metáfora de la escucha. Lo resumimos en la siguiente cita de Lacan:

La enseñanza freudiana... hace intervenir recursos que están más allá de la experiencia inmediata, y que en modo alguno pueden ser captados de manera sensible... La experiencia freudiana no es para nada pre-conceptual. No es una experiencia pura. Es una experiencia verdaderamente estructurada por algo artificial que es la relación analítica, tal como la constituye la confesión que el sujeto hace al médico, y por lo que el médico hace con ella. Todo se elabora a partir de este modo operatorio primero (Lacan, Las psicosis, 2007)

Podemos leer en esta frase la relación transferencial, la experiencia del lenguaje, de donde el analizante recibe del analista una interpretación sobre los determinantes de su subjetividad.

Bercherie (1986) señala que el método de la clínica psiquiátrica, tan fructífero en su nacimiento, llegó a obstaculizar un siglo después el desarrollo de "camino" y "mentalidades diferentes" en el seno del saber psiquiátrico. El psicoanálisis, por su parte, le parece el corpus adecuado para asumir el relevo en la producción de conocimientos válidos.

### **3.1 La cuestión de la verdad en el mundo asilar**

Nos remontamos una vez más al siglo XIX. El poder psiquiátrico posterior a los años de Pinel no llegó a plantearse la cuestión de la verdad a partir de lo que decía el loco, para con ello fundar una práctica terapéutica. La verdad de la locura era lo que el psiquiatra dictaminaba, sus categorías de saber ya formalizadas y en aumento. A partir de esta verdad del lado del psiquiatra se formuló el tratamiento. El asilo en esta época era una más entre las instituciones de normalización. En este mundo asilar, Foucault afirma entonces que el gran problema de la psiquiatría del siglo XIX:

No es un problema de conceptos, no es en absoluto el problema de tal o cual enfermedad: el verdadero problema, la cruz de la psiquiatría decimonónica, no es la monomanía y ni siquiera la histeria. Si se admite que en el poder psiquiátrico la cuestión de la verdad jamás se plantea, puede entenderse que la cruz de la psiquiatría decimonónica es simplemente el problema de la simulación (pág. 161).

La simulación le permitía al loco “escapar” de este poder psiquiátrico, donde se efectuaba una disociación entre los discursos del saber psiquiátrico por un lado y la práctica efectiva del psiquiatra entre los muros del asilo por el otro. La discordancia entre lo que decía el psiquiatra que era la locura y lo que la locura misma manifestaba, la del loco entre los muros del asilo, se prestaba como el terreno donde los locos, en su intento de “amoldarse” a la verdad dispuesta por el psiquiatra, simulaban. No se trataba de una simulación deliberada, sino más bien del modo en que por intermedio de la misma, se manifestaba la serie de discordancias de la *verdad psiquiátrica*. La locura seguía siendo esclava de los dictámenes de la razón.

### **3.2 Hacia la verdad**

Pero a pesar de esta función administrativa y protocolaria del saber, hubo una serie de elementos presentes en la misma época y que constituyeron las vías por cuyo intermedio el poder psiquiátrico llegó a plantearse la verdad de la locura, a saber, el mesmerismo, la hipnosis, el uso de ciertas drogas y los

problemas suscitados por la histeria, la abanderada de los simuladores, por lo menos, durante la mayor parte del siglo XIX en la Salpêtrière. Esta cuestión de la verdad se pondrá en su punto cuando el dispositivo neurológico llegue a un gran nivel de desarrollo. Antes de esto, cabe señalar que si en medicina general se realizaba un *diagnóstico diferencial* a partir de la especificidad de los síntomas, por cuanto la anatomía patológica permitía explicar en función del sustrato orgánico, el psiquiatra, en cambio, podía hacer un *diagnóstico absoluto* con el que apenas alcanzaba a definir si el supuesto alienado estaba o no estaba loco. En la práctica psiquiátrica, el diagnóstico se realiza de manera diferencial, en apariencia. Pero la cuestión no era saber de qué tipo de locura se trataba, si de lipemanía, monomanía, si licantropía. Por otra parte, si bien es cierto, se intentaba encontrar el correlato orgánico de la locura, no se podía especificar si tal o cual tipo de alucinación, manera de hablar, comportamiento, etc., se refería a tal o cual tipo de lesión, sino, nuevamente, si tal o cual alucinación, manera de hablar o tipo de alucinación era locura o no.

El psiquiatra, que se hizo con las banderas de la medicina y del diagnóstico diferencial, apenas alcanza al diagnóstico absoluto. La medicina general podía demostrar su verdad, pero el psiquiatra, que no podía realizar una *prueba de verdad*, realizaba una función más simple, y que Foucault (El poder psiquiátrico, 2007) la denomina *prueba de realidad*: por una parte, constatar si aquello que es denunciado como motivo de internación del loco, al ser transcrito en términos de síntoma y enfermedad (con una serie de procedimientos con los cuales también contribuye a *fabricar* la locura) se trata o no se trata de locura, si la demanda, en otras palabras, es enfermedad; además, con esta prueba de realidad se trata de legitimar el mismo saber médico como el saber de la locura. Los tres procedimientos de prueba de realidad son el interrogatorio, el uso de ciertas drogas y la hipnosis. Y al mismo tiempo que tenían un uso disciplinario y como tal de fabricación de la locura, donde su función no era suprimir la locura sino

acallar sus síntomas, sin embargo, en su mismo movimiento, se posibilitaba la escucha de la verdad del loco.

Sobre el interrogatorio no nos extenderemos pero diremos que, en su función disciplinar, el interrogatorio permitía manipular ciertos síntomas o conductas para retratarlas como enfermedad, y para esto se valía de los antecedentes familiares, individuales, el modo en que se reconocían los síntomas, siguiendo en esto el esquema médico de la anatomía patológica. Pero así mismo, el loco se veía compelido a hablar no sólo en los términos del poder, sino de su propia verdad.

### **3.2.1 El uso de drogas**

Como dijimos, el uso de drogas se empleaba como un procedimiento para efectuar la prueba de realidad, y en este sentido, tenía un uso disciplinario y de tratamiento: éter, cloroformo, opio, láudano y hachis, eran utilizados de manera análoga a las drogas de la actualidad, esto es, para mantener al alienado en silencio y tranquilo. Pero en cuanto a dispositivo de la verdad, los efectos de su uso entre los médicos permitió concebir la locura de una manera diferente. Moreau de Tours, por ejemplo, experimentó con el hachís y lo documentó en 1845 en *Du haschisch et de l'aliénation mentale*, asociando los efectos del alucinógeno a los de la enfermedad mental. La intoxicación le permitía "reproducir la locura" y describir varias fases que se daban en una sucesión espontánea, ante lo cual suponía una concatenación natural que, al ser homogénea con los fenómenos de la locura, permitía suponer que había un "fondo común" a partir del cual se desplegaban sus síntomas, y ya no como suponían Pinel y Esquirol, a partir de una facultad alterada en tal o cual tipo de enfermedad mental. Lo que aquí nos interesa recalcar en Moreau de Tours es la experiencia subjetiva que en este caso le permitía aprehender la locura de otra manera distinta a la aproximación por la observación de los síntomas. El médico, el "hombre normal", podía así experimentar por la vía de la intoxicación ese "fondo común", ese estado

similar a la locura y que le permitía *comprenderla*, reconstruirla. Y ese "fondo común" era el sueño. Lo nuevo en Moreau de Tours no es la mera comparación entre los fenómenos del sueño y la locura, sino el hacer del sueño un terreno común a partir del cual se podía comprender la locura (Foucault, El poder psiquiátrico, 2007).

### 3.2.2 Magnetismo e hipnosis

La mesmerización se efectuaba ya desde 1820 en los asilos, aunque entró en desuso gradualmente y ya desde 1826 se creaban en el seno de la *Académie de Médecine* comisiones oficiales que evaluaban esta práctica para vetarla, finalmente, en 1842. El mesmerismo se proponía "demostrar que los cuerpos celestes actúan sobre nuestro planeta y que nuestros cuerpos humanos están igualmente sometidos a la misma acción dinámica" (Mesmer, citado en Foucault, 2007, pág. 333, n.54). Mediante esta técnica se intentaba aprovechar la "intuitiva" (la lucidez producto del estado en que se encontraba el enfermo magnetizado), que le permitía conocer al paciente mismo "la naturaleza, el proceso y el término de su enfermedad" (Foucault, 2007, pág. 330). Pierre Fourac (en una nota agragada por los editores de Foucault, 2007, pág. 330, n. 4), escribe en 1825 lo siguiente:

Una vez caído en un sueño profundo, el magnetizado muestra el fenómeno con una nueva vida [...] La esfera de la conciencia se agranda y ya se manifiesta esa facultad tan preciosa que los primeros magnetizadores denominaron "intuitiva" o "lucidez" [...] Por ella los sonámbulos, [...] reconocen las enfermedades que los afectan, las causas próximas o remotas de éstas, su sede, su pronóstico y el tratamiento que les es propicio [...] Al posar sucesivamente la mano sobre la cabeza, el pecho y el abdomen de un desconocido, los sonámbulos descubren también sus enfermedades, sus dolores y las diversas alteraciones ocasionadas por ellas; indican además si la cura es posible, fácil o difícil, cercana o lejana, y qué medios deben emplearse para alcanzar el resultado.

Así, los proto-psiquiatras realizaban curas magnéticas donde el enfermo mismo, en estado de "intuición", establecía un plan terapéutico e incluso

pronosticaba la fecha en que recobraría la salud. De manera ingenua, el médico confiaba en esta "lucidez" y compartía así el poder y el saber médico, siendo ésta, según Foucault, una de las razones que llevó el tratamiento al desuso.

El braidismo, la hipnosis, empezó a utilizarse en los asilos a partir de 1860, abandonando la teoría del magnetismo y por lo mismo sin verse objeto de controversias u objeciones como el mesmerismo. Los efectos de la hipnosis en el paciente, desde Braid, se deben a la influencia del médico y a procesos de orden fisiológico. La cirugía efectuada por Broca en 1859 a una mujer de 40 años en estado de hipnosis, contribuyó fuertemente a esta inserción y aceptación provisoria del método en el seno de la medicina. La hipnosis permitía controlar la conducta del alienado, anular sus síntomas, y realizar otra serie de intervenciones efectivas sobre el cuerpo, por lo que "es la primera vez que el cuerpo del enfermo, en su detalle funcional, por así decirlo, va a estar por fin al alcance del psiquiatra" (Foucault, 2007, pág. 336). En su uso disciplinario, se empleaba como auxiliar del poder físico. Pero en cuanto dispositivo de la verdad, el empleo de la hipnosis permitía el acceso a una serie de recuerdos y otro tipo de acontecimientos que llegarán a ser teorizados por Freud posteriormente como lo inconsciente.

Ellenberger (2008) sostiene que la moderna psicoterapia dinámica tiene sus raíces en la medicina primitiva, habiendo continuidad entre el exorcismo y el magnetismo, el magnetismo y el hipnotismo, el hipnotismo y las escuelas dinámicas modernas. No podemos extendernos sobre el relato que hace de la vida de Mesmer, del exorcista Gassner, de Amand-Marie-Jacques de Chastenet, Marquis de Puységur (1751-1825), el verdadero descubridor del sueño hipnótico, tal y como conocemos hoy el hipnotismo, ni de la totalidad de las vicisitudes acaecidas entre el mesmerismo hasta la oposición entre las tesis de Charcot y de Bernheim. Nos remitiremos a los pasajes de su obra que más tengan relación con nuestro tema.

Este autor comenta que de 1860 a 1880 muy pocos médicos se arriesgaban a usar el hipnotismo o mesmerismo en aras de no perder su reputación. Sin embargo, Auguste Ambroise Liébeault (1823-1904) proponía a sus pacientes usar magnetismo sin costo o la medicina oficial con la cuota normal. Para él, había similitud entre el sueño hipnótico y el sueño natural, sólo que el primero era inducido por sugestión, razón por la cual el sujeto quedaba en *rapport* con el hipnotizador. Obviamente, fue considerado por sus colegas como un charlatán, lo cual no le importó a Bernheim, quien fue a visitarlo en 1882. La historia oficial declara que ya en esos años Breuer había “curado” a Berta Pappenheim (Cf. Freud & Breuer, Estudios sobre la histeria, 2008). En el mismo año, Charcot revalorizaba el papel de la hipnosis mediante una exposición en la *Académie des sciences*. Bernheim, líder de la escuela de Nancy, consideraba que la hipnosis era posible por la sugestión: la aptitud para transformar una idea en un acto, lo cual era aplicable en todo ser humano en mayor o en menor grado. Charcot por su parte, consideraba que sólo los histéricos eran hipnotizables. Freud visitó a Bernheim en 1889, y en los años siguientes, tradujo sus obras, expuso sus teorías, al igual que las de Charcot. Ya estamos en la época en que la neurología había desarrollado un dispositivo diferencial de la mano de Pierre Briquet (1796 – 1881) y especialmente de Charcot para determinar qué era histeria y qué no.

Ya hemos visto cómo la *neurosis* histérica, a través de la simulación, ponía en cuestión el saber médico del siglo XIX. ¿Pero por qué la neurología se hacía cargo de la misma? Esta pregunta sólo puede ser formulada desde las condiciones del siglo XXI, donde la concepción de las neurosis ha sufrido un vuelco irreconocible si la comparamos con la concepción original desarrollada en el siglo XVIII. Para los médicos del siglo XIX, las neurosis eran consideradas afecciones funcionales del sistema nervioso, por lo que la histeria, que aplicaba a este criterio, entraba de lleno en la competencia del neurólogo. La concepción de las neurosis no empieza con Charcot, ni mucho

menos con Freud. En este punto, haremos un breve recorrido por el concepto de neurosis desde el siglo XVIII.

### **3.3 El problema de las neurosis.**

Fue Wilhelm Cullen (1710 – 1790) el primero en utilizar el concepto de neurosis, aunque no fue el primero, obviamente, en describir enfermedades "nerviosas". Al respecto, Postel (Las neurosis, 2000) escribe lo siguiente:

"Es un destino por demás paradójico el de la palabra "neurosis". En efecto, nunca un término médico había sido tan desviado de su sentido original en el transcurso de su evolución histórica. Creado por W. Cullen, médico escocés, en 1769, para definir el conjunto de las enfermedades "nerviosas", al afirmar su origen orgánico y dar un cuadro nosográfico específico a la naciente neurología, progresivamente abarcó el campo de las afecciones mentales, cuya causalidad psicogenética iba siendo cada vez más evidente; primero, las "vesanias", es decir, todo el ámbito de la locura, de las psicosis; después, las "psiconeurosis", de donde surgen como figuras dominantes, por una parte, la histeria, y por la otra, la neurosis obsesiva, a la que Sigmund Freud dio categoría nosológica y psicopatológica particularmente precisa" (Postel, pág. 230)

Para Cullen, las neurosis eran enfermedades crónicas (de donde el sufijo *osis*), "del sentimiento o del movimiento", sin fiebre, no dependientes "de una afección tópica de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso". (Cullen, citado en Postel, pág. 231). Las clasificaba en cuatro grupos: *comata* (supresión de la conciencia o motricidad); *adynamia* (afección de algunas funciones vitales o instinto-afectivas como síncope, dispepsia, hipocondría); *spasmi* (tétanos, epilepsia, mal de San Vito, palpitación, disnea, asma, tos, histeria, hidrofobia, etc.); *vesaniae* (las psicosis, especialmente manía y melancolía). Esta entidad nosológica fue incluida por Pinel en su *Nosographie*, sin embargo, con muchas modificaciones que hacen pensar que intentaba disimular un plagio. Con el pasar de los años, será rebatida por Broussais y la escuela anatómo-patológica influenciada por la frenología, reconduciéndola a una localización

lesional orgánica. Estas investigaciones anátomo-patológicas permitieron especificar algunas de estas neurosis como entidades neuropatológicas: mal de Parkinson, por ejemplo. Sin embargo, las demás "neurosis" no se podían reconducir a una lesión anatómica específica, por lo que se buscó una lesión de carácter funcional. Foville ya quiso encontrar el sustrato fisiológico de las neurosis, relevado posteriormente por Charcot en el terreno de la histeria, quien la explicaba por "lesiones funcionales" o "dinámicas". Ante el fracaso en esta empresa, sus discípulos Raymond y Janet optaron por investigar la causalidad psicológica de las mismas, "al menos en el nivel de los síntomas" (Postel, pág. 236), dando así cabida al término "psiconeurosis", tomado de Krafft-Ebing, el cual señalaba una etiología psicológica muy ambigua donde eran "casi psicosis" (Postel).

Foucault (El poder psiquiátrico, 2007) señala que los éxitos de la neurología, de la psiquiatría y del psicoanálisis despojarían a las neurosis de la causalidad orgánica original. En los Annales Médico-Psychologiques del 1 de Enero de 1843, la entrada neurosis se define de la siguiente manera:

Neurosis. Como en las diversas formas de la alienación mental, en ellas se ve predominar el trastorno de las funciones de la vida de relación. Este trastorno se manifiesta de mil maneras en la hipocondría, la histeria, la catalepsia, la epilepsia, el sonambulismo, las neuralgias, el histericismo, etcétera. [...] En cierto modo intermediarias de los trastornos de vida de nutrición y las enfermedades mentales, parecen participar de ambas naturalezas. Aquí, los accesos son presididos por un trastorno funcional de la vida orgánica; allá, un trastorno intelectual domina los paroxismos (Annales Médico-Psychologiques, t. 1, citado en Foucault, 2007, pág. 353, n. 24).

Como se ve, alrededor de 1840, no se lograba demostrar estos trastornos de las funciones de relación según una lesión anátomo-patológica que permitiera definir su etiología. Se definían sus características en función de una irregularidad sintomática, además de la posibilidad de simular el comportamiento sexual. La neuropatología, conforme desarrolló su dispositivo, pudo permitirse el análisis diferencial de las así llamadas

neurosis, algo que hasta la época, no había podido realizar la psiquiatría con la locura. Desde 1879, varias de las enfermedades que aparecían en el primitivo cuadro de las neurosis, "sin lesión sensible", sin "agente material apto para producirlas", fueron determinadas en función de lesiones anatómicas. Otras enfermedades permanecieron indeterminables en cuanto a su etiología, como la histeria. Las neurosis, que antes del aparataje neurológico eran para la psiquiatría "el último dominio de la enfermedad mental" (Foucault, 2007, pág. 356), eran catalogadas ahora como "enfermedad buena", "enfermedad seria", digna del diagnóstico diferencial. Y era en función de este modelo neurológico que Charcot pudo definir la histeria, esto es, como una enfermedad orgánica, pasible de ser identificada por el diagnóstico diferencial, con una sintomatología estable: los "estigmas" de la histeria, aunque vale aclarar que el mismo Charcot reconocía que en ciertos casos no hallaba siquiera uno sólo de estos. Y para fundamentar la etiología, fundó la noción de trauma. ¿Qué es el trauma para Charcot? Nos lo dice Foucault:

Un acontecimiento violento, un golpe, una caída, un temor, un espectáculo, etc., que provocará una suerte de estado de hipnotismo discreto, localizado, pero a veces de larga duración, de modo que, a raíz de ese trauma, en la cabeza del individuo entrará una idea determinada, para inscribirse en la corteza y actuar como si se tratara de una conminación permanente (Foucault, 2007, pág. 371)

Esta noción de trauma implicaba, por una parte, la idea de una susceptibilidad hereditaria; implicaba además la búsqueda del médico en la historia del paciente de un suceso traumático, la *reminiscencia* de la que sufría. Si la sexualidad era determinante en la etiología de la neurosis, habrá que esperar hasta Freud para la teorización coherente de este factor. Pero Freud no fue el primero en presenciar fenómenos que se remitían a la sexualidad. Ya el mismo Charcot, quien pasaba por alto en sus trabajos tal tipo de influencia, no podía sin embargo, dejar de reconocer el cuerpo sexual que no encajaba del todo en el dispositivo de la neurología clínica. Y es que fenómenos de este tipo eran corrientes entre las histéricas de la Salpêtrière.

El mismo Freud, en el semestre que estudió con el maestro, se llevó una gran sorpresa al escuchar a Charcot asegurar frente a Brouardel la "cuestión genital" que *toujours, toujours*, se presentaba en las histéricas. ¿Y por qué no lo dice? Se pregunta Freud. "Porque no encajaba en el edificio neurológico por él sustentado", responderá Foucault: la sexualidad descalificaría a la histeria como enfermedad. Luego de Charcot, esta descalificación de la histeria se concretó con la orientación de Babinski (1857 – 1932):

Como las palabras griegas *peithó* [πείθω] y *iatos* [ιάτος] significan "persuasión" y "curable" respectivamente, el neologismo "pitiatismo" bien podría designar el estado psíquico que se manifiesta a través de trastornos curables por la persuasión, y reemplazaría con ventaja la palabra histeria (Joseph Babinski, *Définition de l'hystérie*, en *Revue Neurologique*, 9, 1901, pág. 1090, reeditado en *Oeuvres scientifiques*, novena parte, "Hystérie-pithiatisme", París, Masson, 1934, pág. 464 y citado en Foucault, 2007, pág. 380, n. 64)

### **3.4 Freud y la clínica psicoanalítica**

Además de Charcot, Freud relató como Breuer y Chobrak "huyeron" de los embates de la histeria, el uno al no saber manejar la relación transferencial, el otro al no querer poner en juego su prestigio. Freud, por su parte, las dejó hablar, las escuchó (Tizio Domínguez, 1990).

En los años anteriores a la *Interpretación de los sueños*, Freud pasó del estudio de la neuroanatomía al estudio de la clínica anátomo-patológica para desembocar finalmente en el estudio del concepto dinámico de las neurosis tal y como lo entendía en Charcot. Ellenberger (2008) sostiene que las dos influencias radicales en este cambio fueron, por una parte, las noticias que recibía de Breuer respecto de Anna O. Vale mencionar que la catarsis ya había llamado la atención de la sociedad académica vienesa desde la publicación de Jacob Bernays en 1880 de un libro que versaba sobre la catarsis aristotélica (el mismo tío de la futura esposa de Freud). Además, otra de las influencias en este cambio tuvo que ver con la visita que realizó

en 1885 a Charcot en la Salpêtrière. Ellenberger sostiene que una primera psiquiatría dinámica se elaboró en torno a la sistematización de las observaciones hechas en pacientes hipnotizados: desde Mesmer hasta la disputa Chatcot - Bernheim, pasando por Janet y Freud. Pero con éste último y el método de la asociación libre, donde el paciente era compelido a hablar de lo que sea durante varias sesiones en confidencia, Freud pudo teorizar las nociones de la resistencia y la transferencia. Ellenberger insiste en que estos fenómenos ya los conocían tanto magnetizadores como hipnotizadores, aunque por ejemplo, a la transferencia la llamaban *rapport*. Sin embargo, señala un paso inédito en Freud en cuanto él fue el primero en analizar y conceptualizar estas nociones como herramientas básicas de su método terapéutico. De esta manera, en los años que van de 1886 a 1896 Freud desarrolló una teoría propia de las neurosis en cuanto la hipnosis y el método catártico le proporcionaron una serie de datos a partir de los cuales necesitó, para ser consecuente con lo obtenido a partir de la relación analítica, desarrollar la noción de lo inconsciente.

Según el mismo autor, de 1894 a 1897 ocurrieron cuatro eventos de gran importancia en la vida de Freud: su amistad con Fliess; su propia neurosis; su autoanálisis; la elaboración de los principios del psicoanálisis. Vale la pena mencionar la muerte de su padre, en 1896, evento que durante un año lo sumió en un análisis personal del que tenemos noticia por las cartas a Fliess. En la carta del 14 de Agosto de 1887, Freud le confesó que el paciente que más ocupado lo tenía era él mismo. En este proceso, desarrolló su método de interpretación de los sueños y construyó su modelo del aparato psíquico, donde intervinieron sus ideas sobre el complejo de Edipo, la represión, la resistencia, la sexualidad en la etiología de las neurosis. Su "pequeña histeria" concluyó en el periodo de publicación de la *Interpretación de los sueños*. Para este momento, ya se había vuelto independiente de Charcot y de Breuer, y en dos años más, de Fliess. A todo

este complejo proceso donde el autoanálisis fue el eje, Ellenberger lo llama “creative illness”, enfermedad creativa.

Siguiendo a Tizio (1990), diremos en relación a nuestro tema, que Freud sostuvo hasta 1897 una teoría de la seducción, de donde los síntomas histéricos eran producto de traumas sexuales efectivamente acaecidos. En ese año le confesó a Fliess que ya no creía en su *neurótica*, esto es, en el relato de los pacientes que contaban haber sufrido abusos sexuales. Luego, reparó en las *fantasías inconscientes* que, a fin de cuentas, eran producto de operaciones de desplazamiento. La objetividad del relato revelaba una *realidad psíquica inconsciente*, desfigurada. Freud dejará poco a poco el método catártico de Breuer, la clínica alemana de inspiración fisiológica, la hipnosis, para pasar de lleno a la asociación libre y al psicoanálisis.

Y es que cuando renunció a la hipnosis descubrió que los síntomas de la neurosis y de la locura tenían un sentido que se establecía de la historia de los pacientes, que venían a ser como "capítulos censurados", y desaparecían cuando el sujeto lograba apropiarse de este significado en el contexto de la relación analítica. (Bercherie, Clinique psychiatrique et clinique psychanalytique, 2005).

Para Bercherie (Les deux premiers modèles métapsychologiques freudiens: la première topique et la mutation de 1911, 2005), el positivismo psicológico alemán dominaba en esa época el pensamiento occidental: psicofisiologismo, teoría del campo y del umbral de la conciencia, con el ideal fisicalista de la cuantificación y la medida, neurofisiología cerebral que, según Ellenberger (2008), desembocaba en una *mitología cerebral*. En ese escenario, comenta Bercherie, Freud contrapuso su primera tópica, un modelo metapsicológico con el que pretendía esclarecer la psicogénesis del campo cubierto por la clínica psiquiátrica, haciendo de la clínica psicoanalítica su complemento. Pero para este autor (Clinique psychiatrique et clinique psychanalytique, 2005), esta primera *clínica psicoanalítica*

desbordaba ya ampliamente el cuadro de la *clínica psiquiátrica*, por lo que no se podía concretar la metáfora de una repartición de competencias entre registros macroscópicos y microscópicos (*el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía*, Cf. Freud, 16° conferencia, *Psicoanálisis y psiquiatría*, 2007), por las siguientes razones:

- a. El mecanismo de la formación de síntomas tenía un efecto nosológico inmediato, que inducía a una revisión del campo de las grandes neurosis. Desembocó en la cristalización del trípede estructural neurosis-psicosis-perversión
- b. El registro clínico de las formaciones del inconsciente, donde se manifestaba la estructura misma del aparato psíquico, desbordaba el área psicopatológica emplazada en el registro del síntoma, pues cubría un campo antropológico extenso: sueños, actos fallidos, lapsus, creación artística, mito, religión, *para finalmente interrogar el estatuto mismo del sujeto humano en su división.*

Desde 1910 se gestó y elaboró una segunda tópica, presentada como una clínica de la organización de la subjetividad (personalidad dirá Freud), una tipología psicopatológica donde se conjugaban génesis, estructura e historia, sustentada en cuatro registros fundamentales:

1. El trípede estructural neurosis-psicosis-perversión heredado de la primera tópica.
2. Los estados de organización del desarrollo libidinal infantil, y la construcción de una caracterología genética
3. Un deslizamiento terminológico y conceptual, de la entidad nosológica (psiquiátrica) a la estructura del sujeto que manifiesta los síntomas, con lo que cambian gradualmente los conceptos clínicos heredados de la clínica psiquiátrica;

4. Los conceptos que constituían la teoría psicoanalítica de la subjetividad proporcionaron un nuevo brote de elaboración en esta nueva clínica.

Aunque Freud no haya construido la noción de sujeto, la deja desarrollada entre sus propias nociones, especialmente, en la noción de inconsciente. (De Freitas Barroso, 2012). El inconsciente freudiano modifica la noción de un yo “soberano en su propia alma”, que por intermedio de la conciencia se permitía percibir todo lo que sucediera “internamente”. Al proponer una “jerarquía de instancias superiores”, Freud atacaba la noción de un yo completo, lo cual verificaba, por ejemplo, en la neurosis, donde a partir de la noción de un yo equiparable a la totalidad del dominio psíquico no se podían explicar pensamientos o acciones inentendibles o irrefrenables. Y donde la psiquiatría de finales del siglo XIX y comienzos del XX decía “degeneración, constitución anómala” y similares, Freud complejizó la situación afirmando que no se podía reducir lo “anímico” a lo consciente, de donde el yo no era más el soberano amo en su propia casa, viéndose a merced de procesos inconscientes relacionados con las pulsiones sexuales (Freud, Una dificultad del psicoanálisis, 1992).

Freud (Lo inconsciente, 1992) consideraba a las representaciones representantes de la pulsión reprimidas como constituyentes de lo inconsciente, sin embargo, no reducía lo inconsciente a lo reprimido. Justificaba este concepto como necesario por una serie de actos que no se explicaban recurriendo únicamente a consideraciones en función de los datos de la conciencia, además, que los recuerdos latentes no se manifestaban a cada instante en la conciencia. En este punto, se despegó de un paralelismo psicofísico desde el cual se consideraba a los recuerdos latentes como restos de procesos somáticos cuya reactivación generaba el hecho psíquico. Freud explicaba estos hechos como procesos psíquicos inconscientes que se manifestaban en los actos fallidos, lapsus, sueños y síntomas. Se distanció de la psicología descriptiva de la conciencia, así

como de todo intento de ubicar en el cerebro una localización específica que explicara los procesos anímicos. En palabras del mismo Freud:

El psicoanálisis deja de ser una ciencia auxiliar de la psicopatología, y es más bien el esbozo de una ciencia del alma, nueva y más fundamental, que se vuelve indispensable también para entender lo normal. Es lícito, así, transferir sus premisas y sus resultados a otros ámbitos del acontecer anímico y espiritual; se le ha abierto el camino hacia la vastedad, hacia un interés universal (Freud, Presentación autobiográfica, 1992).

### **3.5 Lacan y el sujeto**

Leyendo a Freud desde Lacan se puede decir que la cura analítica practicada por el vienés se seguía sobre la restitución de un sentido que daba cuenta de la división subjetiva del analizante. Se encuentra esta *Spaltung* en la doble conciencia, disociación psíquica, escisión del contenido de la conciencia. La noción de *Spaltung* muestra, por una parte, la estratificación del aparato anímico; que una instancia psíquica está dividida; que por efecto de la represión, una parte de los contenidos psíquicos no accede a la conciencia. Para Lacan, la *Spaltung* permite advenir al sujeto, producto del efecto signifiante de la metáfora paterna que se apoya en la represión originaria, la misma que permite el advenimiento de lo inconsciente, inconsciente como tal estructurado como un lenguaje. No se trata de una escisión intrasistémica ni intersistémica. Es una división producto del orden simbólico que mediatiza la relación del sujeto con lo Real, permitiendo la unión RSI. La represión originaria recae sobre el signifiante del deseo de la madre (Dor, 1985).

Para Bercherie (Les courants hétérodoxes: de Ferenczi à Lacan, 2005), la noción de un orden simbólico que trasciende al individuo y atraviesa al sujeto por su inscripción en el lenguaje le permite a Lacan replantear su trabajo previo sobre la dimensión transubjetiva y antibiológica de la imago, del estadio del espejo, y volcarse luego a una lectura de los primeros textos psicoanalíticos freudianos consagrados a las formaciones de lo inconsciente,

donde la estructura asociacionista freudiana pasa a ser considerada como homóloga al análisis estructural del lenguaje de Saussure y de Jakobson, de donde toma Lacan los conceptos para su teoría del significante. De esta manera, si se parte de la consideración de un sistema estructural analizado como una red asociativa entre elementos discretos, lejos de consideraciones atomistas en cuanto los efectos conceptuales se elaboran en función de las relaciones entre esos mismos elementos, se puede reemplazar la idea de una psicogénesis empírica de elementos que constituyen el inconsciente personal por la teoría de una configuración significativa que determina específicamente la estructura del sujeto y de su deseo, su mito individual. El lenguaje se encuentra inscrito en el registro de la alteridad, ordenado por un tercero, simbólico, en el lugar del Otro, que preexiste al sujeto, en donde un sujeto se inscribe de manera singular

En función de lo precedente podemos pensar las *máximas* lacanianas “El inconsciente está estructurado como un lenguaje”, o “El inconsciente es el discurso del Otro”, “El significante es lo que representa a un sujeto para otro significante”. Así, el sujeto (del orden simbólico) no es el yo (del orden imaginario). El sujeto no es la totalidad de individuos. El sujeto, como ser hablante, está escindido, determinado por el campo del Otro.

### **3.5.1 El proceso de subjetivación**

Graciela Kait (1996) señala que Lacan introduce la noción del Otro como lugar del tesoro del significante y no como lugar del código. Esto implica que el significante no es la correspondencia unívoca de un signo con algo, como en el diccionario, sino que el significante se constituye en la reunión sincrónica donde siempre remite a otro significante, donde la significación se produce retroactivamente según la disposición de los significantes. El Otro es la sede previa del sujeto del significante, esto es, el Otro preexiste al sujeto, al *infans* que es llamado por Lacan “el sujeto mítico de la necesidad”. Desde el inicio, el sujeto mítico de la necesidad sufre las condiciones

impuestas por la cadena significante. Cuando este *infans* necesita de alimento, de abrigo, de sueño, de los brazos de otro, y lo manifiesta con el llanto y con el grito, esto es, cuando manifiesta la necesidad, ésta pasa indefectiblemente por la batería significante, es tomada por el lenguaje a través de la sanción efectuada por quién está en el lugar del Otro, de donde la necesidad biológica queda perturbada, perdida, al pasar por la sanción del Otro, por el significante. Esta toma de la necesidad por la demanda implica que el ser humano no accede de manera directa al objeto. El Otro primordial, la persona que ejerce la función de cuidados, ante el grito del *infans*, cancela el estado de “apremio de vida” mediante una “acción específica” (Cf. Freud, Proyecto de psicología para neurólogos). Esa necesidad biológica, al pasar por el universo del significante, se articula, precisamente, en función de significantes, en ese universo de lenguaje que “muerde” lo real de la necesidad, pero que no la engloba. La necesidad transformada en demanda a partir de los significantes del Otro, retorna al sujeto “enajenada”, siendo además la demanda de una presencia o de una ausencia. La necesidad “se pierde”, y lo que el sujeto luego busca es lo que el Otro demanda. División del sujeto que pide sin saber lo que pide, sin saber que pide con los significantes del Otro, alienado en los significantes del Otro. Y dado que la necesidad queda “abolida” en el paso por la demanda, hay algo que no puede articularse en el universo de lenguaje, que queda a nivel de la represión originaria, sin puntuación, y que por lo tanto produce una infinitización de la demanda que el Otro no puede satisfacer. Esta particularidad de la necesidad va a reaparecer en el deseo, donde los significantes del Otro no abastecen, donde se revela la castración del Otro que deja un resto, el objeto *a*, que representa la falta de objeto, y que como tal, permite el deseo. Ya que el Otro también está castrado, en falta, también está involucrado en la dialéctica del deseo. De aquí que el sujeto no esté al tanto de lo que el Otro quiere de él y surja el *¿che vuoi?* ¿Qué valor tiene en el deseo del Otro?

Graciela Kait aclara que en los significantes de la demanda del otro, el sujeto se desvanece, el *fading* del sujeto se da a nivel de la pulsión. El *Drang* constante de la pulsión se ubica más allá de la estructura signifiante. Kait cita a Jacques-Alain Miller, quien sostiene que para Lacan, la pulsión es una de las formas de la demanda, demanda que en el análisis no es interpretable. La pulsión, entonces, es una demanda que, aunque no “habla”, obedece las leyes del lenguaje. Deseo y pulsión son dos momentos de la demanda. Y es el Otro primordial, erogenizador del cuerpo del *infans*, el que introduce esta forma de la demanda que es la pulsión. Durante el *fading* del sujeto, surge un ser de goce que se satisface en el placer de órgano.

Es porque el Otro no tiene con qué responder a la demanda que se pone en juego el deseo del Otro. Esta falta es necesaria en la constitución de la subjetividad. Y es en este *fading* y la no satisfacción en el objeto de la pulsión que la demanda se infinitiza, un goce inarticulado que se manifiesta tanto en la repetición como en la constitución del fantasma, donde la pulsión se satisface en el objeto a plus de goce. Por otra parte, continúa Kait, el trazo unario colma la marca invisible que el sujeto recibe del signifiante, alienando al sujeto en esa identificación primera que forma el ideal del yo. El trazo unario es la primera marca que el sujeto recibe del signifiante. Detenido el sujeto como ideal del yo, se fija a una imagen que es su yo ideal, y a lo que el sujeto se identifica a nivel del yo ideal es a un narcisismo condicionado fálicamente, esto es, el niño como falo de la madre, sometido al capricho materno, capricho que sin embargo cumple una función primordial de libidinización, capaz de investir narcisísticamente al niño. En el *Proyecto*, nos dice Kait, Freud se refiere al complejo del semejante dividiéndolo en dos porciones: una comprensible por la memoria y otra que permanece incognoscible, fuera de lo simbólico y como tal fuera de la capacidad de comprender: *Das Ding* como un exterior fuera de toda representación en torno al cual se organizan las representaciones, y ya que la represión opera entre representaciones, *Das Ding* es anterior a este

mecanismo. Lacan asimila esta *Ding* a la Cosa Materna, la que queda interdicta mediante la ley simbólica que prohíbe el incesto. Este “irrepresentable” es el vacío en torno al cual se da la articulación significativa, vacío *extimo*, que puede servir para pensar el *Wo Es war, soll Ich werden*, donde Ello estaba (lo Real), el sujeto debe advenir. La captura del viviente, del *infans*, en la estructura del significativo, cuyo efecto es el sujeto, lo divide, pero es una división articulada en relación a los significantes y las leyes del lenguaje. En el proceso en que la necesidad del *infans* entra en el circuito significativo según la demanda del Otro, esto es, en el paso del grito al llamado, es que se introducen estas marcas significantes por intermedio del Otro primordial, marcas que constituyen el rasgo unario, sobre las que se apoya la represión originaria, operación que es efecto del momento final del Edipo, donde opera la metáfora paterna y puede completarse el proceso de subjetivación.

### **3.5.2 Discurso**

Consultando la entrada “Discurso” en un diccionario de psicoanálisis (Chemama & Vanderersch, 1998), encontramos la siguiente definición: “Organización de la comunicación, principalmente del lenguaje, específica de las relaciones del sujeto con los significantes, y con el objeto, que son determinantes para el individuo y reglan las formas del lazo social”. Partiremos de esta definición para iniciar el desarrollo.

Lacan sostiene que el discurso, como estructura, excede a la palabra, que incluso puede subsistir bien sin palabras, pues en lo que se sostiene es en la estructura fundamental del lenguaje, la cual permite “ciertas relaciones fundamentales”, “cierto número de relaciones estables” que precisamente instaura el sistema del lenguaje (Cf. Lacan, *El reverso del psicoanálisis*, 1992). Podemos pensar en este contexto la fórmula lacaniana “El inconsciente es el discurso del Otro”, de donde el inconsciente, estructurado como un lenguaje, se articula en una cadena de significantes de donde,

entre la relación de un significante con otro significante, se produce un sujeto. Y podemos pensar el discurso, entonces, como modalidades de “lazo social basado en el lenguaje” (Lacan, citado en Evans, 2007, pág. 73), esto es, basado o determinado por ciertas formas fundamentales, estructurales, que delimitan ciertos modos de intersubjetividad.

Lacan ubica 4 tipos de lazo social, primero especificando ciertos lugares y las funciones de estos lugares:

<i>El agente</i>	<i>El otro</i>
<i>La verdad</i>	<i>La producción</i>

Cada uno de estos cuatro discursos contiene los mismos símbolos algebraicos en el mismo orden, aunque por un cuarto de vuelta, llegan a ubicarse en lugares diferentes.

- S1 = Significante amo
- S2 = Saber
- \$ = Sujeto
- a = Goce

De donde el lugar del agente es el dominante, siendo que el símbolo que se ubique en ese lugar va a definir el discurso:

*Discurso del amo*

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

*Discurso de la universidad*

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

*Discurso de la histérica*

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$$

*Discurso del analista*

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

El discurso del Amo, el de la organización social, tiene la estructura del inconsciente. El agente es el amo, el saber se encuentra en el lugar del

esclavo. Aquí se trata de un saber como medio de goce, como memoria de goce, esto es, a partir de la primera huella de la vivencia de goce que se juega en la *Urvendrängt*, se articulan otras cadenas significantes que repiten, por medio del retorno de lo reprimido, esta primera vivencia de goce. Esta repetición es el saber, que a su vez, llevado por esa memoria de goce, organiza las formaciones del inconsciente que se repiten incansablemente y llevan a un sujeto a análisis (Laurent, 1992).

Ahora, si el inconsciente es una forma de saber que incluye un goce, hay una parte del goce que no se incluye en el saber, el objeto *a*, de donde el inconsciente es un saber que no se sabe. El amo manda, el esclavo trabaja, se produce el objeto *a*, y en todo este proceso, el sujeto no trabaja, está en el lugar de la pereza. El sujeto es un efecto de este circuito de trabajo, consiente en ser representado por un significante amo (Miller, Del saber inconsciente a la causa freudiana II, 2006).

S1 representa al sujeto (\$) para otro significante, o lo que es lo mismo, para S2, para todos los otros significantes, de donde hay un excedente, que es el objeto *a*. Este discurso oculta la división del sujeto (Evans, 2007).

En el discurso de la histérica, la misma, dividida, se dirige al amo en nombre de su síntoma para obtener lo que Laurent (1992) llama “un saber conveniente”, el cual sin embargo se demuestra impotente para dar cuenta del goce involucrado en el síntoma. La histérica, el sujeto histerizado, en nombre de su síntoma, va a ver al amo, a un padre, para producir la ciencia, para que produzca un saber, ante un amo que, prosigue Laurent, lo que quiere es que las cosas marchen bien, esto es, que el curso de las cosas no se salga de lo preestablecido, siendo así que este amo no suele preocuparse del porqué marchan bien o, a menudo, marchan mal, las cosas. Complementamos esta referencia al discurso de la histérica con Miller (Del saber inconsciente a la causa freudiana II, 2006), quien señala que la histérica obliga a distinguir entre placer y goce, esa parte del goce que no se

incluye en el saber, testimonio de que el saber del inconsciente es un saber en falta, incompleto respecto al goce sexual. .

En el discurso de la universidad, de lo que se trata es de instalar una burocracia que a su vez produzca unos sujetos que “llaman a un amo y van a encontrarlo” (Cf. Lacan, El reverso del psicoanálisis, 1992). Este saber que se imparte al otro no es neutro, pues lo que subyace a este dispositivo es el dominio del saber y del otro (Evans, 2007). Para Miller (Del saber inconsciente a la causa freudiana II, 2006), en las universidades se elabora el saber en posición de amo para intentar dominar el goce. El saber universitario, que se enmascara de una disposición únicamente hacia el saber, esconde que precisamente que es el amo.

Finalmente, el discurso del analista. En la posición de dominancia, el analista ocupa el lugar de causa del deseo (Laurent 1992). El analista “histeriza” el discurso del paciente, lo lleva a la producción del saber. En este discurso no se intenta dominar ni al otro ni tampoco dominar el saber. (Evans, 2007). Miller (Del saber inconsciente a la causa freudiana II, 2006) señala que en el análisis se trata de hacer que el sujeto salga del lugar de la pereza:

“El sujeto está en una posición de pereza fundamental cuando el analista interviene para ponerlo a trabajar, para situar al sujeto del inconsciente en el lugar del trabajo. Y al sujeto del inconsciente no le gusta trabajar, dice que no puede, que no sabe nada, que no sabe qué hacer. En definitiva, que los otros han trabajado siempre para él y que está muy contento en su posición de efecto” (pág. 228).

El analista, sostiene Miller, hace trabajar al sujeto del inconsciente. Pero el inconsciente como saber deja de trabajar, porque si trabaja el inconsciente lo que se tiene es el *acting*: El inconsciente actúa siempre, y es lo que en el análisis se intenta detener. Laurent (1992) menciona que el saber, en el discurso analítico, se juega en el lugar de la verdad. Y la verdad, en cierto sentido es “la hermana” del goce en tanto en este discurso queda por fuera del alcance del sistema, tal como el goce, precisamente, está extraído para

el ser que habla. Es el reverso del discurso del amo, donde en cambio se trata de instalar la ley.

¿Pero cuál es esta verdad sino la verdad sobre el deseo? Es lo que el analizante debe articular en el diván. La verdad no es un estado pleno *a priori*, no es un conocimiento (saber que sí se sabe) que el analista reconoce como verdad universal, sino más bien una construcción en el proceso analítico que es particular y que se despliega gracias a la palabra, siendo así que incluso la mentira puede revelarla, tanto como las formaciones del inconsciente. La verdad como causa que la ciencia forcluye, tiene estructura de ficción (Evans, 2007).

Esta verdad, hermana del goce por la condición que mencionamos, deberá ser elegida por el analizante con la ayuda del analista, aunque esto no significa que al elegir la verdad, se pierda el goce. Al contrario, como lo señala Miller (Lo verdadero, lo falso y el resto, 2006), actualmente puede concebirse un goce de la verdad que obstaculiza la conclusión de la cura. La verdad puede concebirse como padecimiento por la falta de gozar, pero también, que a pesar de esta falta de goce, se goza. Se goza en la impotencia. Se goza del inconsciente, del significante. La verdad se ubica entre goce y castración, se elabora como relación del sujeto con la pulsión. Es efecto de la articulación significante, como tal, varía según dicha articulación. No se trata, ya dijimos, de una verdad universal. Y recordemos con Lacan (El reverso del psicoanálisis, 1992) que la verdad es un enigma, sólo puede decirse a medias. La verdad y la exactitud no son sinónimos.

### **3.5.3 La Salud Mental a la luz del psicoanálisis**

Sin ambages, Jacques-Alain Miller (Salud mental y orden público, 2006) define la Salud Mental como una subcategoría del orden público, donde lo patológico está en relación a cierto tipo de perturbaciones de ese orden, cuyo objetivo es “reintegrar al individuo a la comunidad social” (pág. 120). El

criterio que determina que se está o no se está del lado de la Salud Mental, para Miller es la responsabilidad que tiene el individuo de sus propios actos. Este criterio de responsabilidad, que determina si al individuo se lo envía a la cárcel o al psiquiátrico, determina que si es irresponsable de sus actos, si no puede dar razón de ellos, entonces se lo debe curar, no castigar, y para curarlo están los trabajadores de la Salud Mental, quienes velan por la armonía de lo mental y de lo físico. Pero el psicoanalista no puede ser uno de ellos. Por estructura, por coherencia, no puede incluirse en este campo, pues con la noción de lo inconsciente se trasciende las categorías de lo mental y de lo físico, dirigiéndose a un sujeto de derecho, esto es, a un sujeto que responde de lo que hace, al sujeto de la enunciación, donde la fuente de la palabra radica en el inconsciente, y por donde deberá darse una vuelta para responder de su enunciado.

El enunciado se refiere a un texto cuyo encadenamiento significativo es analizable independiente de toda circunstancia. La enunciación se refiere a las condiciones de producción de ese enunciado, la relación del locutor del enunciado y la lengua, que se analiza en los signos del mismo enunciado. El sujeto del enunciado se refiere a aquello sobre lo que se predica algo. El sujeto de la enunciación es el emisor del enunciado en la medida en que deja una huella de su presencia en el interior del mismo enunciado.

Ahora, vemos la definición de la Salud Mental tal y como la encontramos en la página web de la OMS (2011), definición "oficial": "estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad", de donde la Salud misma es definida como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (2011).

Si pensamos en el discurso del amo, en el tipo de lazo social que aquí se pone de manifiesto, podemos ver una serie de estatutos que legitiman una serie de criterios que rigen por igual para todos, a partir de los cuales se determina lo que está bien, lo que está mal, el que goza de salud mental, el que es un enfermo mental. Pero como dice Miller, el criterio fundamental que determina quién está o no está loco se juega en la responsabilidad del individuo para hacerse cargo de sus actos, en otras palabras, de su “capacidad” para actuar según los estatutos y los caminos preformados de la sociedad. El saber que no se sabe, el goce que se juega en las formaciones de lo inconsciente, son ignorados, o “silenciados” si se quiere, mucho más en el discurso de la Ciencia, con el fármaco. Se trata entonces de que el “enfermo mental” pueda volver a mantener un estado de bienestar con el cual pueda estar al tanto de sus capacidades, afrontar las tensiones cotidianas, las del trabajo, las de la inserción social. ¿Acaso ya no había definido Freud la salud como la capacidad para amar y trabajar? Sí, pero además, señaló algo que Eric Laurent (2005) resume como el “fracaso del programa de la civilización” en cuanto de base se encuentra “un malestar fundamental del que no vislumbraba ninguna promesa de mejoría de la calidad de vida” (pág. 17).

Cada ser humano debe encontrar una manera de arreglárselas con esta condición estructural que determina el malestar subjetivo, teniendo en cuenta que no hay un goce sobre el saber sexual. Esto es lo que el “estado de bienestar” forcluye, lo que el “estado de completo bienestar físico, mental y social” no toma en cuenta. Y cuando Freud sostiene que la salud se verifica en la capacidad de amar y trabajar, lo hace en este contexto donde a cada cual le toca saber hacer con la falla estructural que, en términos lacanianos, está dada de entrada por la estructura misma del lenguaje. No se trata en psicoanálisis de una capacidad para trabajar de “forma productiva y fructífera” en un plan de civilización que tienda a negar estas imposibilidades.

Laurent (pág. 18) agrega un aspecto epistemológico importante que ordena la práctica médica, a saber, la del *viejo conocido* humanismo médico, aquel que volvió a tomar impulso en el pasado por las prácticas del dinamismo y del psicodinamismo y que “se mantiene solamente gracias a la hipótesis griega que atravesó la escolástica: la de la unidad de la psique”. La psique concebida como equiparable al yo, y a un yo autosuficiente, al yo del *cogito* moderno.

Braunstein (Crítica de la clasificación internacional en psiquiatría, 1984) señala, además, que la clasificación internacional se ha elaborado en función de las consultas que la sociedad elabora al psiquiatra, esto es, de todo aquello que le llega, venga de donde venga, ante lo cual elabora una serie de criterios (etiológico, descriptivo, sintomático, subjetivos, conductuales, frecuencia de uso, según el órgano, cociente intelectual, etc.), con los cuales elabora las categorías. Esta clasificación tiene su coherencia, es una clasificación bien hecha, siendo su punto débil su falta de homogeneidad. La psiquiatría crea los objetos sobre los cuales luego discurre. No es impugnable por ello. No se trata de poner “una etiqueta” a “un objeto”. Se trata de un discurrir acerca de un objeto de conocimiento que ella misma ha creado.

Por otra parte, Braunstein (Crítica de la impugnación antipsiquiátrica de la clasificación, 1984) considera que la medicina, hoy en día, es asociada, tanto por la sociedad en general como por los mismos médicos, con el modelo fisicalista, perpetuado por su ligazón a las ciencias exactas, el mismo que le permite constituirse como una práctica técnica sólida. Pero si se entiende a la medicina como una práctica social, donde el todo social la reglamenta, delimita, legitima, y configura sus funciones y organización, también nutrida por otras ciencias, para bien o mal llamadas ciencias sociales, podremos entenderla también como una práctica determinada por una serie de condiciones, cambiante y provisional. La psiquiatría, ligada a la medicina, es tomada de igual manera con el modelo fisicalista, desde el cual

se vuelve imposible explicar los trastornos mentales, debiendo incorporar elementos de las ciencias sociales para ello. Entonces, para Braunstein, el problema en sí no es la medicina, sino la pretensión de hacer del modelo fisicalista el modelo exclusivo en psiquiatría, reduciendo sus manifestaciones a la biología. Braunstein aboga por concebir otro modelo médico de enfermedad, donde tomen vida los conceptos de la materialidad del signo, inconsciente, formación social, sujeto, etc. Entonces, el modelo biológico tampoco es el problema. Al contrario, las técnicas biológicas son un campo de investigación y de estudio, no impugnables por ello, a pesar de no poder explicar la totalidad de los trastornos mentales. Para Braunstein, el problema es político. Lo que propone es que diagnosticar y clasificar son actividades legítimas de la práctica psiquiátrica siempre que el acto médico no se limite a esa intervención positivista de reconocimiento-desconocimiento, siempre que el diagnóstico no sea conclusión sino apertura al problema. Pero el problema no reside en el diagnóstico sino en lo que se hace con él. Así, para este autor, el punto a analizar no es el acto de clasificar y su legitimidad, sino la coyuntura intersubjetiva y política en la que el acto tiene lugar. Se requiere un estudio político-institucional de la práctica psiquiátrica dentro de la cual se clasifica, diagnostica, pronostica, y se trata pacientes.

## CONCLUSIÓN

Con este trabajo sobre la diferencia radical entre el discurso psiquiátrico y el psicoanalítico en torno a la noción de sujeto hemos intentado, justamente, aportar a la cuestión de la coyuntura intersubjetiva y política del acto médico a la que hace alusión Braunstein. Por lo expuesto, parecería ser que la cruz actual de la psiquiatría radicaría en ser anacrónica, en cuanto aún mantendría modelos viejos que han sido superados y que no hacen otra cosa que continuar envejeciéndola a pasos acelerados. Sin embargo, esto sería simplificar un análisis que se puede realizar desde varios otros ejes. Nosotros únicamente hemos escogido tres.

Hemos apreciado cómo estas dos experiencias de la locura en la edad clásica, en cuanto enfermedad, y en cuanto parte del encierro, aparecen conjugadas en el asilo decimonónico, donde el médico alienista se hace con la administración del problema en el seno de la institución asilar, considerada como medio terapéutico. Terapia que no se efectuaba en función del saber, sino de una reglamentación de procedimientos tendientes a restituir a un individuo a la sociedad, según los criterios del orden social. Saber psiquiátrico sobre la enfermedad mental, que por otra parte, estaba totalmente imbuido de una ética desarrollada lentamente por una serie de movimientos que no se circunscribían a razonamientos cargados de aprehensiones directas de lo Real, sino a intentos científicos así como de miedos y de prejuicios dejados en la sombra, todo lo cual aportó a la configuración de esta ética de la sinrazón que delimitó a su vez la configuración de una experiencia particular de la locura y de la condición humana, lo cual luego evolucionó a otro tipo de criterios convencionales, siempre normativos, que sirvieron de sustento a la delimitación de la conducta normal y la anormal.

La psiquiatría, anexada a la medicina, sostiene una política de Salud Mental, a su vez anexada a una política general de la Salud Pública, enmarcado

todo en el discurso del amo, lazo social que determina criterios convencionales donde por lo general se olvida, o mantiene en la sombra, si se quiere, los factores que determinan la *punta del iceberg*, donde además se suele velar por lo más sensible y se procura que que “la cosa marche bien”, esto es, que el orden social no se vea comprometido. Discurso, justamente, que sostiene el orden social, demandado por la sociedad, y que a partir de esta demanda es que el psiquiatra elabora una clasificación, un tipo de saber, un tipo de aproximación.

Todo esto configura una clínica psiquiátrica como una institución que genera y transmite conocimientos, donde la categoría de sujeto queda por fuera de sus criterios. Donde el modelo epistemológico que se sostiene es el de la unidad de la psique, desde un discurso que intenta relegar la cuestión de la castración del Otro, lo cual es puesto en tela de juicio desde el discurso de la histórica, aquella que se muestra en todo su enigma ante un psiquiatra que en su momento llegó a bautizarla como la *bête noire*, la tiniebla del goce, la oscuridad permanente, o brillo incandescente si se quiere, de lo que no puede saberse, de donde el discurso analítico llega a ser la respuesta al discurso de la histórica.

El psicoanálisis se estructuró como una clínica formada a partir del discurso psiquiátrico, pero como ruptura técnica, metodológica y teórica con esa misma psiquiatría y con la psicología académica. Elaboró su conocimiento teórico a partir del método de la escucha, con lo cual definió las reglas de su tratamiento, empleando desde sus inicios las categorías nosográficas y la descripción semiológica psiquiátrica, pero adosándolas según sus propias conceptualizaciones teóricas constatadas en el día a día con sus pacientes, que con el tiempo llamó “analizantes”, no por simples formalidades, sino para denunciar en dicho concepto el estatuto mismo del sujeto en análisis. De la complejidad de posibilidades que representa la clínica médica en general, el psicoanálisis se queda con la acepción del caso individual así como la de institución encargada de la transmisión de conocimientos, lugar,

además, donde se verifica y se sigue construyendo conocimiento, siendo la metáfora de la escucha la adecuada para describirla. No hay que ir al hospital o a la facultad para aprender psicoanálisis, sino pasar por el diván y por la lectura omnívora.

El saber del psicoanálisis no se basa en la experiencia sensible, sino en lo que se genera en el seno del encuadre psicoanalítico, sosteniendo que aquel que sabe de lo que goza es el mismo analizante, de donde sus reglas técnicas y éticas están dirigidas a que el sujeto trabaje, a que deje el lugar de la pereza y se dé a la tarea de encontrar y reelaborar los factores determinantes de su particular condición. Desde el discurso del analista, éste último se ubica en el lugar de la causa del deseo.

En base a estos conceptos desarrollados, realizamos las siguientes reflexiones:

1. ¿La “cruz” de la psiquiatría radica en ser anacrónica? En ciertos aspectos, la psiquiatría mantiene modelos que necesitan ser seriamente debatidos para así delimitar las condiciones de cualquier replanteo. Por ejemplo, en cuanto al modelo de la unidad de la psique. Pero sin dejar de tener en cuenta que el discurso sobre el cual se sostiene la psiquiatría ubica al sujeto en el lugar de la pereza. En este punto, le recordamos al lector la pregunta que dejamos en las primeras páginas de esta introducción: si el fundamento que en su día permitió la gloria del siglo de oro del alienismo, después del descubrimiento del inconsciente de Freud, se ha convertido en obstáculo, *¿por qué se mantiene ese obstáculo?* No es que el psiquiatra carezca de ingenio. Tal vez, luego de todo lo expuesto, podamos plantear que las políticas de la Salud Mental, la psiquiatría, al organizarse en función del discurso del amo, según la lógica del inconsciente, se estructura en un tipo de lazo social que tiende a olvidar el goce y a sufrir de su reminiscencia, incansablemente, donde los principios de cohesión social, identificatorios, ocultan precisamente esta falla estructural, la castración del Otro, siendo así

que se vuelve inconcebible que el Otro pueda estar castrado. Para que “la cosa marche”, no hay que preocuparse por eso, para lo cual están los trabajadores, los psiquiatras, para responder al imperativo de orden.

2. ¿A quién le gusta estar al tanto de su división subjetiva? El sujeto, en el discurso del amo, está en el lugar de la pereza. Incluso, si una persona va a un analista, no llega en posición de sujeto, sino en posición de paciente, demandando una cura, una respuesta aplicable al instante, en todo caso, un alivio a su malestar subjetivo, el cual desconoce, y que sólo gracias al dispositivo analítico accede. pero su posición en este punto es de desconocimiento, incertidumbre y angustia. Y es muy probable que vaya al analista luego de haber ido a un psiquiatra, o al mismo tiempo que asista a uno de ellos, para que le dé una respuesta, para mantener al sujeto en el lugar de la pereza. La cuestión no es desestimar estas condiciones estructurales. Debemos de atenderlas, reconociendo lo posible e imposible. Sabemos que desde sus inicios, la práctica psiquiátrica se fundamentó en una defensa social, defensa que, actualmente, se define no tanto por la aprehensión médica en la explicación de los trastornos mentales, sino en la eficacia terapéutica en función del orden social.

3. ¿Cómo no reconocer en la clínica psiquiátrica una organización, una coherencia? Tal vez, la cuestión no es que sea anacrónica, pues con este supuesto anacronismo de la unidad de la psique, lo que se salva es un significativo amo que da coherencia, sensación de completitud, a una persona que se desconoce como sujeto y que por lo general tiende a buscar refugio en el calor del orden social. El significativo amo representa a un sujeto para otro significativo, pero siempre queda algo irrepresentable, que la clínica psiquiátrica no atiende. Pero la eficacia de esta clínica se ve elaborada en función de atender la demanda social, en la elaboración de un dispositivo que, con sus imperfecciones (si es humano, es imperfecto), intenta velar por el orden social, lo cual no es poca cosa. Si se critica a la psiquiatría por las imperfecciones de sus políticas, ¿qué se pondría en su lugar? Al sistema de salud lo que le interesa es bajar la tasa de enfermos

mentales, de ahí, que se mantengan procedimientos terapéuticos que no atiendan lo que resta. ¿Pero qué tan malo es que la cosa marche de esta manera? Se sabe que, por estructura, el orden público va a intentar, con la ilusión de un porvenir determinado, maquillar fisuras. En la psiquiatría, por lo tanto, se desemboca en esto. Y gracias al discurso psicoanalítico podemos ser específicos al ubicar estas situaciones. Por ejemplo, en ciertos excesos en cuanto a la medicalización efectuada por la psiquiatría en ciertos comportamientos. ¿Pero es que toda medicalización es nociva? Por otra parte, ¿El conocimiento biológico que hace el psiquiatra es desestimable, o es la insistencia en encontrar por este medio un tratamiento total (en función del criterio social) o el de hacer de este tipo de conocimiento el exclusivo en psiquiatría? ¿Es el fármaco el que hace que los individuos se vuelvan irresponsables de su implicación en el trastorno o esto es producto de factores estructurales?

Retomemos de Braunstein la actitud analítica que evalúa los pros y los contras de la situación psiquiátrica. Por ejemplo, en lo tocante a la clasificación, este autor es capaz de analizar la coherencia inmanente a la misma, al mismo tiempo que revela su falta de homogeneidad como punto débil. Por otra parte, considera que la psiquiatría no es impugnable por “etiquetar” personas, pues detrás de los criterios de diagnóstico hay toda una serie de debates y de tradiciones puestas en juego. De la misma manera, este autor da cuenta de la imagen actual de la psiquiatría y de la medicina en general como una ciencia según el modelo fisicalista, siendo esta una imagen vulgar, que el autor desea replantear haciendo énfasis en la medicina como una práctica social delimitada por el Otro, que está en constante cambio mientras atiende las demandas de la sociedad y que bien puede hacer uso de las ciencias sociales para desarrollar herramientas conceptuales que le permitan una mejor aprehensión de lo que ha elaborado como trastornos mentales. Es este sentido, rescata incluso el modelo biológico pues, si bien es cierto, reconoce que partiendo exclusivamente de

este modelo no se logrará otra cosa que la reducción de la noción de ser humano a la biología, de todas maneras, está abierto a reconocer los frutos de las técnicas biológicas en psiquiatría en la explicación de ciertas entidades psiquiátricas.

Nos preguntamos, entonces, por las condiciones en que se puede dar una colaboración entre la psiquiatría y el psicoanálisis de orientación lacaniana: una colaboración que tienda a una integración conceptual que, sin embargo, aún estaría en proceso; o una colaboración que se mantenga a nivel de la derivación entre profesionales. Hay que tener en cuenta, indefectiblemente, que el discurso del psicoanálisis, por estructura, no promueve significantes amo, que el discurso del psicoanálisis es el reverso del discurso del amo, por lo tanto, se debería debatir la pregunta: ¿Por qué el psicoanalista se dirige al orden público?

Al entrar al campo subjetivo, la clínica psicoanalítica, su quehacer en la subjetividad, nos lleva a cuestionar lo siguiente: ¿Que nos enseñan los pacientes? Que es un analizante que no se agota en un conjunto de signos a cuantificar, que es un sujeto que habla, para lo cual hay que diferenciar entre causa y determinismo, ya que los síntomas o los trastornos de conducta no dicen lo que sucede en el sujeto. Apuntar a tales fenómenos con un tratamiento químico o cognitivista deja poco espacio a la palabra, manteniendo al paciente en la repetición, en el goce, en su enfermedad. Pero tampoco se crea que el psicoanálisis, a falta de píldora mágica, es la “cura” a todos los males. No hay respuesta absoluta en el Otro que permita la relación sexual. No existe una tabla inmutable donde se erijan los mandamientos absolutos de la humanidad, ni esfera de cristal cuya consulta nos dé una idea del destino. No puede haber, de ninguna manera, una salud pública ni individual perfecta.

Queda en claro que en psicoanálisis se trata del sujeto dividido, donde el yo es ilusión, desconocimiento, lugar de identificaciones imaginarias. No se

trata del *cogito ergo sum*, sino de un “pienso donde no soy, soy donde no pienso”, donde si el inconsciente freudiano y las formaciones de lo inconsciente revelan la *Spaltung* original del sujeto, la letra es su soporte material, no en el sentido de “materia”, sino en el sentido de orden del lenguaje donde se hace significante en relación con otros significantes, en función de una falta, que hace que el lenguaje no pueda agotar la significación quedando un resto en las tinieblas.

Freud creía que algún día se encontrarían argumentos sólidos para explicar los trastornos mentales, y cualquier persona con espíritu de Julio Verne no pensaría distinto. Mientras tanto, el sujeto queda por fuera de la clínica psiquiátrica, y el problema entonces está en determinar los alcances de los conceptos psicoanalíticos y de qué manera se podrían explicar los trastornos mentales, los de la clasificación psiquiátrica, aquellos basados en la empiria y en la descripción, con el aparataje iniciado por Freud y afinado por Lacan.

Se suele decir: “hay que luchar por un mundo más humano”. Lo humano, en este caso, se lo equipara a “bondad” o similares de este tipo. Esta definición de lo “más humano” forcluye la dimensión grotesca de la humanidad. En esta forclusión, abogar por un mundo “más humano” no es otra cosa que parcializarse por una noción de humanidad, construida, elaborada con el pasar de los años, tendiente a creer que el paraíso está en la otra esquina y que es posible, lejos de todo “fracaso de la civilización” propuesto por Freud, vivir sólo con los ideales que se nos aparecen como huellas de una promesa de perfección divina. Pero lo “más humano”, paradójicamente, radicaría en acercarnos, también, hacia lo “más grotesco humano”, sin parcializarnos por este “lado b” de la humanidad, sino analizándolo en conjunto con los criterios de bondad que también caracterizan el quehacer humano.

Recordemos que no hay ficción que dure para siempre.

Deseamos, para concluir, reconocer en el lector la paciencia que tuvo para seguir este recorrido según nuestra arbitrariedad. Como muestra de agradecimiento, le recordamos este pasaje de la misma conferencia de Freud con la que iniciamos nuestro recorrido, esperando que deje “profunda” huella en él, que se lea productiva:

El convencimiento no se alcanza con tanta facilidad o, cuando se ha llegado a él sin esfuerzo, pronto se evidencia falta de valor e inconsistente [...] ¿Por qué, entonces, se producen en el campo intelectual esas convicciones súbitas, esas conversiones fulminantes, esas repulsiones instantáneas? ¿No reparan en que el “*coup de foudre*”, el amor a primera vista, proviene de un campo enteramente diverso, el campo afectivo? [...] Procuren ustedes, pues, dejar que la concepción psicoanalítica coexista y crezca en paz junto a la popular o a la psiquiátrica, hasta que se presenten oportunidades en que ambas puedan influirse, cotejarse y conciliarse en una decisión final (Freud, 16° conferencia, Psicoanálisis y psiquiatría, 2007, pág. 223-24)

## Referencias bibliográficas

- Bercherie, P. (1985). *Los fundamentos de la clínica*. Buenos aires: Manantial.
- Bercherie, P. (2005). Clinique psychiatrique et clinique psychanalytique. En P. Bercherie, *Clinique psychiatrique, clinique psychanalytique* (págs. 57-66). París: L'Hartattan.
- Bercherie, P. (2005). Les courants hétérodoxes: de Ferenczi à Lacan. En P. Bercherie, *Clinique psychiatrique, clinique psychanalytique* (págs. 149-168). París: L'Hartattan.
- Bercherie, P. (2005). Les deux premiers modèles métapsychologiques freudiens: la première topique et la mutation de 1911. En P. Bercherie, *Clinique psychiatrique, clinique psychanalytique*. París: L'Hartattan.
- Bing, F. (2000). La teoría de la degenerescencia. En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 225-229). México: Fondo de cultura económica.
- Braunstein, N. (1984). Crítica de la clasificación internacional en psiquiatría. En N. Braunstein, *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (Hacia Lacan)* (págs. 13-28). México: Siglo XXI Editores.
- Braunstein, N. (1984). Crítica de la impugnación antipsiquiátrica de la clasificación. En N. Braunstein, *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (Hacia Lacan)* (págs. 29-43). México: Siglo XXI Editores.
- Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G., & Saal, F. (1982). *Psicología: ideología y ciencia*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Brisset, C. (2000). El oficio de psiquiatra y la enseñanza de la psiquiatría. En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 392-405). México: Fondo de cultura económica.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Céard, J. (2000). Entre lo natural y lo demoniaco: la locura en el Renacimiento. En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 89-102). México: Fondo de cultura económica.
- Chemama, R., & Vanderersch, B. (1998). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Craplet, M. (2000). La construcción de asilos. En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 189-197). México: Fondo de cultura económica.
- De Freitas Barroso, A. (Agosto-Septiembre de 2012). *Sobre la Concepción de Sujeto en Freud y Lacán*. Recuperado el Mayo de 2013, de Revista Alternativas en Psicología:  
<http://alternativas.me/attachments/article/13/10.%20Sobre%20la%20Concepci%C3%B3n%20de%20Sujeto%20en%20Freud%20-%20Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%20-%2027.pdf>
- Dor, J. (1985). *Introducción a la lectura de Lacan*. Buenos Aires: Gedisa.
- Ellenberger, H. (2008). *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de Psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (2006). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2006). *History of madness*. New York: Routledge.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1979). Sobre la psicología de los procesos oníricos. En S. Freud, *Obras completas, La interpretación de los sueños* (Vol. 5, págs. 504-611). Buenos aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992). Lo inconsciente. En S. Freud, *Obras completas* (págs. 153-213). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992). Presentación autobiográfica. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 20, págs. 1 - 70). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992). Una dificultad del psicoanálisis. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 17, págs. 125-135). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2007). 16° conferencia, Psicoanálisis y psiquiatría. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 16, págs. 223-234). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S., & Breuer, J. (2008). *Estudios sobre la histeria* (Vol. 2). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gil Desco, M. (s.f.). *Una locura ficcionada. Aproximación a la imagen de la locura renacentista*. Recuperado el 1 de Junio de 2013, de Arte y pensamiento en la Edad Moderna y Contemporánea: <http://www.uned.es/arteypensamiento/una%20locura%20ficcionada.pdf>
- González Montañés, J. (2002-2009). *Obisillos y fiestas de locos*. Recuperado el 1 de Junio de 2013, de Teatro y espectáculos públicos en Galicia: <http://www.teatroengalicia.es/obisillos.htm>
- Gourevitch, M. (2000). Esquirol y la nosografía. En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 165-170). México: Fondo de cultura económica.
- Gourevitch, M. (2000). La legislación sobre los alienados en Francia desde la Revolución hasta la Monarquía de Julio. En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 171-178). México: Fondo de cultura económica.
- Jacquart, D. (2000). La reflexión médica medieval y la aportación árabe. En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 49-59). México: Fondo de cultura económica.
- Kait, G. A. (1996). *Sujeto y Fantasma*. Buenos Aires: Editorial Fundación Ross.
- Lacan, J. (1992). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 17, El reverso del psicoanálisis*. Buenos aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 3, Las psicosis* (Vol. 3). Buenos Aires: Paidós.
- Laharie, M. (2000). El enfermo mental en la sociedad medieval (siglos XI-XIII). En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 68-85). México: Fondo de cultura económica.
- Laurent, E. (1992). *Lacan y los discursos*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurent, E. (2005). Usos actuales posibles e imposibles del psicoanálisis II. *El cuerpo de la hipermodernidad*, 17-21.

- Miller, J. (2006). Del saber inconsciente a la causa freudiana II. En J. A. Miller, *Introducción a la clínica lacaniana* (págs. 216-231). Barcelona: RBA Libros.
- Miller, J. (2006). Lo verdadero, lo falso y el resto. En J. A. Miller, *Introducción a la clínica lacaniana* (págs. 349-360). Barcelona: RBA Libros.
- Miller, J. (2006). Salud mental y orden público. En J. A. Miller, *Introducción a la clínica lacaniana* (págs. 117-131). Barcelona: RBA Libros.
- Morel, P., & Quéstel, C. (2000). Balance de las terapias a fines del siglo XVIII. En J. Postel, & C. Quéstel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 127-133). México: Fondo de cultura económica.
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2011). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el Mayo de 2013, de OMS: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Pigeaud, J. (2000). La Antigüedad y los comienzos de la psiquiatría en Francia. En J. Postel, & C. Quéstel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 137-153). México: Fondo de cultura económica.
- Postel, J. (2000). Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo (el tratamiento moral). En J. Postel, & C. Quéstel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 154-162). México: Fondo de cultura económica.
- Postel, J. (2000). La demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. Kraepelin. En J. Postel, & C. Quéstel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 217-224). México: Fondo de cultura económica.
- Postel, J. (2000). La parálisis general. En J. Postel, & C. Quéstel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 198-208). México: Fondo de cultura económica.
- Postel, J. (2000). Las neurosis. En J. Postel, & C. Quéstel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 230-238). México: Fondo de cultura económica.
- Quéstel, C. (2000). El problema del encierro de los insanos. En J. Postel, & C. Quéstel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 112-126). México: Fondo de cultura económica.
- Real Academia Española. (2012). *Clínica*. Obtenido de Diccionario de la lengua española (23. ed.): <http://www.rae.es/rae.html>
- Roudinesco, E. (2008). *Philosophy in turbulent times*. (W. McCuaig, Trad.) New York: Columbia university press.

Tizio Domínguez, H. (1990). *Psicoanálisis y Lenguaje. La aportación original de Jacques Lacan*. (Disertación Doctoral o Tesis de Maestría)  
Obtenido de <http://tdx.cat/handle/10803/35701>.

Trillat, É. (2000). Una historia de la psiquiatría en el siglo XX. En J. Postel, & C. Quérel, *Nueva historia de la psiquiatría* (págs. 319-346). México: Fondo de cultura económica.